

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN EN NIÑOS Y  
ADOLESCENTES

DIANA CECILIA MEDELLÍN CASTRO  
PABLO ALEXANDER ORJUELA CHITIVA  
JESSICA JULIETH TUTA ROA

UNIVERSIDAD PILOTO DE COLOMBIA  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
BOGOTÁ D.C. IX SEMESTRE – 2016

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN  
EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

DIANA CECILIA MEDELLÍN CASTRO  
PABLO ALEXANDER ORJUELA CHITIVA  
JESSICA JULIETH TUTA ROA

Trabajo de grado para obtener el título de  
Psicólogos

Asesor: DIANA PAOLA PULIDO CASTELBLANCO  
Psicóloga Clínica (Mg)

UNIVERSIDAD PILOTO DE COLOMBIA  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
BOGOTÁ D.C. IX SEMESTRE - 2016

## Resumen

La presente investigación va direccionada hacia la adaptación de una guía de práctica clínica (GPC) sobre depresión en niños y adolescentes de Colombia, debido a que no se cuenta con una herramienta como esta y las escasas investigaciones y/o estudios indagados hacen énfasis en población adulta. Para dicho proyecto se cuenta con los lineamientos propuestos por la Guía de atención integral (GAI) del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia (SGSSS), que facilitara el proceso de adaptación de la Guía sobre Depresión mayor en la Infancia y Adolescencia, del Ministerio de Sanidad y Política Social de Cataluña, España para el contexto colombiano, se decide tomar esta guía porque cumple con altos parámetros de compatibilidad establecidos por dos herramientas de filtro (GLIA y DELBI). Como proceso de análisis de concordancia realizado con las observaciones de los jueces externos, se llega a resultados con una confiabilidad moderada, siendo esto una invitación para futuras mejoras para la guía, abriendo con ello un espacio de nuevas perspectivas con respecto al tema y a evaluar el posible involucramiento de otras profesiones.

**Palabras clave:** Depresión, Guía de práctica clínica (GPC), Guía de atención integral (GAI), niños y Adolescentes.

## **Abstract**

The present investigation is directed towards the adaptation of a clinical practice guide (CPG) on depression in children and adolescents of Colombia, due to the fact that there is no such tool and the scarce investigations and / or studies investigated emphasize population Adult. For this project, the guidelines proposed by the Integral Attention Guide (IAG) of the General System of Social Security in Health of Colombia (GSSSH) will be used to facilitate the process of adaptation of the Guide on Major Depression in Childhood and Adolescence, Of the Ministry of Health and Social Policy of Catalonia, Spain for the Colombian context, it is decided to take this guide because it complies with high compatibility parameters established by two filter tools (GLIA and DELBI). As a process of analysis of concordance performed with the observations of external judges, results with moderate reliability are reached, this being an invitation for future improvements to the guide, thus opening a space of new perspectives on the subject and evaluating the Possible involvement of other professions.

**Keywords:** Depression, Clinical Practice Guide (CPG),Integral Attention Guide (IAG), Children and adolescents.

## Tabla de Contenido

<b>Introducción.....</b>	<b>6</b>
<b>Justificación .....</b>	<b>10</b>
Objetivo general .....	12
Objetivos específicos .....	12
<b>Marco Teórico.....</b>	<b>12</b>
Suicidio.....	17
Instrumentos para su detección .....	19
Guías de Práctica Clínica.....	21
<b>Diseño metodológico .....</b>	<b>22</b>
Participantes .....	24
Procedimiento .....	24
Paso 1. Constitución del grupo de desarrollo de una guía de atención integral.....	26
Paso 2. Identificación de conflictos de intereses.....	26
Paso 3. Priorización y selección del foco de una Guía de Práctica Clínica.....	27
Paso 4. Definición de alcance y objetivos de una Guía de Práctica Clínica.....	27
Objetivo de la Guía.....	27
Objetivos específicos.....	27
Paso 5. Socialización del documento de alcance y los objetivos de una Guía de Práctica Clínica.....	28
Paso 6. Formulación de las preguntas clínicas y económicas de una Guía de Práctica clínica.....	28
Paso 7. Identificación y graduación de desenlaces de una Guía de Práctica Clínica.....	29

Paso 8. Socialización de las preguntas y desenlaces de una Guía de Práctica Clínica. .....	29
Paso 9. Búsqueda sistemática de Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia. .....	29
Paso 10. Evaluación de Guías de Práctica clínica basadas en la evidencia: .....	30
Paso 11. Adaptación de Guías de Práctica clínica basadas en la evidencia: .....	31
Paso 12. Desarrollo de Novo de Guías de Práctica clínica basadas en la evidencia: 31	
Paso 13. Revisión sistemática de la literatura –RSL: .....	31
Paso 14. Formulación de las recomendaciones clínicas: .....	32
Paso 15. Redacción de la versión preliminar de la Guía de Práctica clínica.....	33
Paso 16. Evaluación externa del borrador de la versión preliminar de la Guía de práctica clínica.....	33
Pasos del 17 al 24.....	33
Paso 25. Realización de análisis de sensibilidad. ....	35
Paso 26. Redacción de la versión preliminar de la Guía de Atención. ....	35
Paso 27. Evaluación externa de la versión preliminar de la Guía de Atención. ....	35
Paso 28. Definición de escenarios de atención.....	36
Paso 29. Enmarcar la evaluación de impacto en la Unidad de Pago por Capacitación - UPC.....	36
Paso 30. Estimación del impacto presupuestal en la UPC.....	36
Paso 31. Definición de indicadores de la Guía de Atención Integral. ....	36
Paso 32. Redacción de la versión final de la Guía de Atención Integral. ....	37
Paso 33. Evaluación externa de la versión final de la Guía de Atención Integral.....	37
Paso 34. Socialización de la Guía de Atención Integral .....	38
Paso 35. Presentación y diseminación de la Guía de Atención Integral .....	39

Paso 36. Implementación de la Guía de Atención Integral.....	39
<b>Aspectos legales .....</b>	<b>39</b>
<b>Resultados .....</b>	<b>40</b>
<b>Discusión.....</b>	<b>46</b>
<b>Referencias .....</b>	<b>51</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>58</b>
<b>Anexo #1. Matriz de priorización de temas para GPC.....</b>	<b>58</b>
Anexo #2. Herramienta 6. DELBI (Versión corta).....	59
Anexo #3. Herramienta 7. GLIA. ....	63
Anexo # 4. Formato de evaluación de Alcances y Objetivos.....	67
Anexo # 5. Preguntas Clínicas. ....	<a href="#">70</a>
Anexo # 6. Formato de revisión externa.....	72
Anexo # 7. Guía de práctica Clínica para depresión en niños y adolescentes. ....	75

## Introducción

El propósito de la presente investigación corresponde al desarrollo de una Guía de Práctica Clínica, la cual tiene en cuenta el contexto sociocultural colombiano. Esto con el fin de promover una atención a los niños y adolescentes de nuestro país, la cual sea oportuna, pertinente y basada en la evidencia, que responda a las necesidades particulares de nuestro de la población Colombiana, de acuerdo a las diferentes situaciones que se presentan en el contexto social en el que se desarrollan los niños y adolescentes, claramente estas situaciones ha sido marcado por el conflicto armado, violencia intrafamiliar, maltrato físico y psicológico, entre otros factores que limitan su desarrollo.

Dadas las condiciones mencionadas, entre muchas otras existentes en el contexto colombiano, los niños y adolescentes corren un riesgo alto de presentar trastornos emocionales, tales como depresión y trastornos de Ansiedad (Sandín, Valiente y Chorot, 2009). Los datos referentes a prevalencia e incidencia de la depresión son muy preocupantes, y por esto se vuelve foco de atención.

En lo que respecta a investigaciones acerca del tema de depresión, la Organización Mundial de la Salud –OMS– reportó que está afecto a 350 millones de personas en el 2012, llevando consigo a que cada año más de 800.000 personas tomen la decisión de suicidarse, por lo que se convierte en la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años, mientras que a nivel Latinoamérica, la Organización Panamericana de Salud –OPS– (2012), reporta datos de incidencia y prevalencia, donde testifica que un 5% de la población mundial afectada por la depresión corresponde a Latinoamérica y el Caribe, y además afirma que 6 de cada 10 personas que la padecen no buscan o reciben el tratamiento adecuado (llegando a casi un 65% de los afectados). Sumado a lo anterior, reporta la OPS (2012) que se evidencia que son las mujeres las que padecen más de este trastorno, con datos de entre 20% y 40% de las mujeres entrevistadas (Organización Panamericana de la Salud, 2012). En lo referente a niños y adolescentes, no se han reportado datos a nivel latinoamericano con



respecto al porcentaje que padece un trastorno depresivo, considerando que las modalidades evolutivas son distintas dentro de un país a otro.

Posada, Magaña y Gómez (2004) en su investigación, permiten evidenciar las cifras de prevalencia en Colombia sobre el trastorno depresivo mayor, mostrando así que 12.1% de los colombianos ha mostrado síntomas o ha sido diagnosticado con un Trastorno Depresivo Mayor. De igual forma, la OMS, en la encuesta nacional de Colombia, reveló que el 10% de la muestra presentó episodio depresivo durante el último año, lo que permitió encontrar que dentro de las variables de afectación, el nivel educativo juega un papel relevante en la aparición de un trastorno depresivo, ya que ante un mayor nivel educativo menor es la probabilidad de aparición de un trastorno depresivo (OMS,2003).

Se logra evidenciar que la depresión está asociada también a la heredabilidad en primer grado con el núcleo familiar, y esta se presenta con depresión mayor con un promedio del 31% a 42%; así mismo se confirma que la condición socioeconómica es un factor fundamental, encontrándose que en Colombia, siendo un Estado con estratos sociales, donde la pobreza afecta a los estratos más bajos y la brecha entre los estratos es bastante prominente, los habitantes de estratos más bajos tienen mayor vulnerabilidad frente a la depresión (Gómez, Bohórquez, Pinto, Gil, Rondón y Díaz, 2004).

De igual forma en la Encuesta Nacional de Salud Mental de Colombia –ENSM– (2015) reportó que en promedio 1 de cada 20 personas informó haber tenido un episodio depresivo en el año previo, en el mismo año la ENSM menciona que el 29,3 % de la población colombiana de 12 a 17 años ha tenido al menos una experiencia traumática a lo largo de su vida, lo cual ha tenido implicaciones claramente para el desarrollo de quien lo padece.

Ahora bien, la depresión, se convierte en un problema de salud pública dados sus altos porcentajes de incidencia y prevalencia, sumado a que es un trastorno que se relaciona con diversas problemáticas, tales como bajo rendimiento escolar, sentimiento de incapacidad de logro, poco entusiasmo y aislamiento (Andrews, Sanderson, Slade

y Issadikis, 2000; Ferrel, Vélez, y Ferrel, 2014). En relación con lo anterior, Glick & Yalom, (1999) mencionan que la depresión tiene diferentes implicaciones tanto para el individuo, su familia y la sociedad. Por ejemplo, las implicaciones que más llaman la atención corresponden a las autolesiones y los intentos de suicidio que pueden llevar hasta la muerte.

Es por eso que, la OMS (2016) reporta que más de 800.000 personas se suicidan cada año, lo que les lleva a estimar para el 2020 un ascenso del 1.5 millones de víctimas atenta contra su vida; En Colombia cerca del 50 % de los suicidas están intoxicados al morir y 18 % de los alcohólicos muere por suicidio, encontrando que el 50% de los suicidios se lleva a cabo a una edad promedio de 16 a 17 años, teniendo un 75% fácil acceso al método empleado, llevando esto a que en el 2003, 160 menores de edad murieron por suicidio, siendo el 86% mujeres (Pérez, Rodríguez, Dussán y Ayala, 2007).

La depresión está relacionada con otros problemas que conllevan a la persona a verse involucrada en otros espacios, ya sea de forma directa o indirecta en contextos que permiten que desarrolle adicciones y/o experiencias no deseadas, tales como consumo de sustancias psicoactivas, abuso de bebidas alcohólicas y experimentación temprana de relaciones sexuales (Shaffer, 2002). En consecuencia, esa búsqueda de adaptación al contexto genera en los niños y adolescentes la toma de una estrategia de afrontamiento, como medida compensatoria, que para ellos simboliza la solución a sus problemas frente a la sintomatología del trastorno.

Aunque es una problemática altamente conocida, también se encuentra con bastantes dificultades a la hora de atender dicha situación:

A pesar de la conocida efectividad del tratamiento, menos del 25% de aquellos afectados (en algunos países, menos del 10%) lo reciben. Las barreras incluyen la falta de recursos, la falta de proveedores entrenados, y el estigma social asociado las enfermedades mentales (párrafo 7, OMS, 2012)

Es por lo anterior, que se considera importante adaptar o crear un Guía de Práctica Clínica (GPC) que facilite el acceso, por parte de las IPS o Centros de

Atención Psicológica, a procesos terapéuticos marco, que sean lo suficientemente flexibles, pero a su vez completos, de manera que permitan ofrecer la mejor atención posible a los consultantes y a sus familias. De manera tal que, el presente trabajo se realiza con la idea de adaptar la Guía sobre Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia, del Ministerio de sanidad y Política Social de Cataluña; siguiendo los pasos propuestos de la Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano.

De ahí que, la Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral (GAI), se tome como referencia del presente trabajo por sobre las otras guías, dado que, fue desarrollada teniendo en cuenta las necesidades de los pacientes Colombianos, contando con las características del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS. Por lo tanto, se considera un instrumento idóneo para orientar la práctica clínica y mejorar la calidad de la atención de salud.

Teniendo en cuenta la revisión que se llevó a cabo con respecto a las guías metodológicas, se pudo identificar que la GAI posee varias ventajas con respecto a otras guías. Por ejemplo: considera de manera clara y específica cada uno de los pasos que se deben desarrollar para la construcción de una guía, permitiendo que a través de la lectura y comprensión se vayan aclarando cada una de las dudas; la terminología implementada no es compleja a la hora de leer el texto, ofreciendo con ello, exactitud en los procesos básicos, como la conformación de los grupos o equipos de trabajo, encaminando a cada uno de los integrantes a labores específicas para cumplir con el desarrollo como tal; se realizan diversas visiones tanto a nivel nacional como internacional, lo que genera validez al tomar en cuenta el paso a paso de lo que la GAI plantea, obteniendo con ello resultados esperados de una manera más eficaz.

Habría que decir también, que el ofrecer una explicación tan clara en el proceso, es una herramienta ideal para nuevos investigadores que buscan la creación de guías de práctica clínica; se encuentran sugerencias de cómo iniciar el proceso, es clara a la hora de enmarcar los objetivos de cada paso, son fácilmente entendibles los resultados a los cuales se quiere llegar. De esta forma, la GAI se convierte en un elemento

fundamental, ya que da una guía específica en los lineamientos a seguir, demuestra el proceso ideal a imitar, y muestra como se ha de exponer el producto paso por paso explicando cada uno de estos. Además, da un proceso claro de cómo se valida la información obtenida y de cómo esta se ha de presentar en un documento final, muestra distintos métodos para corroborar información, lo que fomenta un trabajo multidisciplinario indirecto con respecto a la problemática a tratar.

En síntesis, la Guía de Atención Integral -GAI- es un instrumento que permite tener una organización frente a los procesos que se deben llevar en cuenta a la hora de crear o adaptar una guía de práctica clínica, se tomó la decisión de que fuera la base del trabajo de grado, ya que permite dar una estructura clara dentro del trabajo, brindando unas pautas orientadoras y certificadas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano siendo un punto clave a la hora de adaptar una GPC; la estructura que se evidencia dentro de la investigación es similar a los pasos que GAI propone.

### **Justificación**

De acuerdo a la revisión, en cuanto a la depresión se evidenció que es una problemática creciente a nivel internacional y nacional, a tal punto que su afectación se está convirtiendo en un asunto de salud pública, perturbando cada vez a una población de más temprana edad, lo cual genera que en un ámbito investigativo clínico-social se vea una preocupación frente a la protección del desarrollo psicosocial de los niños y adolescentes.

También, hay que tener en cuenta que el contexto colombiano promueve causas asociadas al surgimiento de la depresión, como en el conflicto armado y a lo habitual que se convierte este en el ámbito familiar, viéndose refleja en las estadísticas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF-, donde “informó que más de siete mil menores de edad, fueron víctimas de maltrato durante el último año” según (RCN radio,2016) y después de décadas sigue al interior de los hogares, lo cual es algo

representativo de la política Colombiana y que conlleva bastantes problemáticas asociadas.

Se realizó una búsqueda previa frente a las Guías de Práctica clínica que se han desarrollado, tanto a nivel Internacional, Latinoamericano y Nacional acerca de la depresión en niños y adolescentes, las cuales fueron revisadas y permitieron tener una idea clara, para lograr así la adaptación de la guía práctica clínica de esta investigación.

Teniendo en cuenta la revisión que se realizó a las guías nacionales e internacionales, direccionadas a la depresión en niños y adolescentes, se pudo identificar que en Colombia no existe ninguna guía de depresión para niños y adolescentes, ya que la gran mayoría de guías construidas no han seguido una metodología formal para nuestro diseño, encontrando así algunas guías generales, como por ejemplo, la SAP. Los estudios mencionados anteriormente, permiten evidenciar la necesidad que tienen de adquirir una GPC para que se pueda identificar oportunamente la depresión y tratada, que no sean los casos extremos como el bajo rendimiento académico y los intentos de suicidio los que sigan brindando un alerta acerca de la depresión.

La importancia de esta investigación radica, en la necesidad que presenta el contexto colombiano a nivel psicosocial con respecto a la depresión, ya que dentro de la nueva era los criterios diagnósticos se ven evidenciados a menor edad, debido a las causas del conflicto armado e intrafamiliar que se vive día a día en los hogares Colombianos. Dicha indagación muestra un horizonte de innovación al enfocarse en niños y adolescentes, ya que sobre esta población poco o nada se sabe con respecto a este trastorno, además estos han venido presentado secuelas tanto físicas como psicológicas, que han afectado su diario vivir y no han sido exploradas. Por lo tanto, se observan algunas investigaciones que confirman los daños a nivel emocional y cognitivo de esta población. Teniendo en cuenta lo anterior, se decide realizar la adaptación de la guía de práctica clínica sobre niños y adolescentes con depresión, lo cual será un facilitador para la detección, la aplicación de tratamiento y el seguimiento en casos de depresión en niños y adolescentes.

## **Objetivo general**

Adaptar una guía de práctica clínica (GPC) de acuerdo a las necesidades del contexto colombiano para la intervención de depresión en niños y adolescentes de la ciudad de Bogotá, siguiendo la metodología propuesta por la GAI.

## **Objetivos específicos**

- Implementar la metodología más utilizada en construcción de guías de práctica clínica (GPC) a nivel nacional, correspondiente a la GAI.
- Establecer una GPC para la detección y tratamiento con respecto a la depresión en niños y adolescentes.
- Suplir una necesidad institucional de la Universidad Piloto de Colombia con el instrumento, para la atención de niños y adolescentes con criterios de un trastorno depresivo.

## **Marco Teórico**

Según el Diccionario conciso de Psicología (American Psychological Association, 2010), la depresión es definida como una fluctuación en el estado de ánimo, que va desde la desdicha y descontento a un sentimiento extremo de tristeza, pesimismo y desaliento.

De una manera más general, la depresión es entendida como el estado de ánimo que posee una persona, siendo provocada por algún suceso en específico, el cual marcó una serie de sentimientos negativos -principalmente tristeza-, afectando el desarrollo, desempeño y tranquilidad, son múltiples factores los que se pueden mencionar acerca del cómo nace la depresión y sus diferentes niveles (Gastó, 1990), pero se debe tener en cuenta que al no ser tratada a tiempo puede avanzar y perjudicar la integridad física y psicológica del paciente con depresión.

Los principales antecedentes que conllevan a una depresión suelen ser los resultados de un cierto ambiente en la infancia traumáticos para el niño y/o adolescente; por ejemplo, cuando el niño no formó una relación segura y satisfactoria con sus padres y/o un cuidador, o la pérdida de alguien de los miembros significativos para el niño y este no es sustituido adecuadamente, según Bowlby las vivencias en la infancia crean un sistema de creencias irracionales que distorsionan y guían el modelo de experiencias en la vida y hacen que el individuo no se sienta seguro y amado (Glick & Yalom, 1999).

En lo relativo a el modo de razonamiento y a los procesos de pensamiento, la depresión vista desde el punto cognitivo, se ve como la manera de pensar negativamente en lo que respecta al mundo, la imagen de sí mismo y en general al contexto, con un futuro incierto. Lo anterior se evidencia en algunos casos a través de ciclos de retroalimentación, en donde los pensamientos negativos recurrentes se presentan con mayor frecuencia en cuanto la depresión aumenta, por ejemplo las ideaciones suicidas, a mayor gravedad pueden pasar a convertirse en un intento exitoso de suicidio (centro de psicología Aaron Beck, 2016).

La depresión se caracteriza por un estado de ánimo bajo y / o pérdida de interés o placer en actividades que antes disfrutaba más. La depresión puede aparecer de forma aguda, a menudo en reacción a ciertos acontecimientos de la vida, o crónicamente, durante largos períodos de tiempo, y puede tener efectos adversos importantes en las relaciones de la vida, el trabajo o la escuela, el sueño y los hábitos de alimentación y el bienestar general. La depresión puede afectar a los pensamientos, sentimientos y acciones de un individuo. Un período de depresión que dura más de dos semanas, con síntomas significativos, se considera un trastorno depresivo mayor (The Albert Ellis Institute, 2016).

Tomando una revisión hecha por Kanter en 2011, podemos identificar las explicaciones hechas por el modelo cognitivo-conductual frente a las posibles causas que generan la depresión. Para empezar, se tiene *el modelo de privación de refuerzo* que explica que la depresión surge a causa de una privación de refuerzos positivos, ya

sea por 1) pérdida total de refuerzos o la pérdida de las propiedades reforzantes del refuerzo; 2) aumento de requerimientos para recibir los refuerzos; 3) la degradación de la propiedad reforzante del refuerzo; 4) un déficit de habilidades sociales o mal elaboración de técnicas de afrontamiento, ambas negando reforzantes sociales (altamente necesarios en la adolescencia) o 5) el mantenimiento de conductas agregadas a falta de alguna propiedad del refuerzo que terminan abarcando y opacando el refuerzo (Skinner, 1974; Fester, 1973 ; Lewinsohn ,1974, 1975; Dougher & Hackbert, 1994) citados en Kanter (2011).

Como un segundo postulado, se observa que *mucho castigo* puede conllevar a desencadenar conductas depresivas y que incluso experiencias traumáticas pueden ser vistas como castigo (Kessler, 1997) citado en Kanter (2011), a partir de este postulado, se toma a la depresión como una reducción de conducta o de activación, la explicación que el castigo es causa potencial de depresión es bastante válida ya que la función del castigo es inhibir conductas. En adición a esto, experimentos tanto en animales como humanos han demostrado que el aprendizaje de esquemas mentales como la desesperanza aprendida (*learned helplessness*) pueden ser factores determinantes frente al surgimiento de sentimientos de inutilidad e incapacidad, sentimientos que según Beck (1963) son el posible origen de la depresión.

También, están los *reforzadores positivos de conductas depresivas*, este postulado se basa en la solicitud social, un concepto entendido como la afirmación o condescendencia de los síntomas depresivos de los afectados por parte de su contexto social, asimismo, los afectados pueden llegar a buscar reafirmación de los síntomas , llegando a mostrarse poco disponibles para evitar o escapar el reforzamiento de conductas sociales de sus círculos cayendo otra vez en desolación social, lo que fortalece los síntomas depresivos, y de esta manera la solicitud social de conductas depresivas se convierte en un reforzante de estas (Romano 2000; Coyne 1976) citados en Kanter (2011)

Por otra parte, existen los *reforzadores negativos de conductas depresivas*, que afirma que se usa a la depresión como una salida de actividades o situaciones que



sean del desagrado de la persona, situaciones como problemas intrafamiliares o evitar trabajo, lo que genera que la persona vea a la depresión una salida viable de sus problemas, reforzando negativamente a la depresión (Kanter, 2011).

A su vez, se enfatiza en *el rol que tienen las conductas gobernadas por reglas*, reglas que pueden ser enunciadas de una manera explícita o que surgen de una manera implícita a partir de la interacción con el entorno, ambas tipos se pueden dar de una manera verbal o no verbal; como lo dice Skinner en varias de sus investigaciones(1953, 1957, 1966, 1974) citado en Kanter (2011), las conductas gobernadas por reglas tienen una función discriminativa y contingente frente a los estímulos sociales que pueden llegar a ser problemáticos dentro de una comunidad, de esta manera hacen de función reguladora dentro de determinado contexto social.

De este modo, una estricta y vasta cantidad de reglas que guíen conductas pueden llegar a propiciar evitación experiencial, pueden causar que un individuo se abstenga de la interacción con su ambiente, llegando así a poner limitaciones y llegar a construir repertorios inefectivos de interacción y comportamiento, ambas situaciones relacionadas con el surgimiento de problemas mentales (Beck, 1963). A su vez, una falta de reglas que limiten conductas, pueden conllevar a la aparición de una conducta que carece de auto-monitorización y auto-control, generando dificultades para la resolución de problemas y control situacional (Rehm, 1979; 1989) citado en Kanter (2011), y de esta manera contribuyendo a la aparición de sentimientos de inutilidad y pérdida de control frente al ambiente.

Para el manejo de la depresión, se han creado múltiples alternativas que han ayudado a su control, entre estas están terapias psicológicas o fármacos, que han facilitado y ayudado a que la vida de quien lo padece no sea compleja. Dentro de la sintomatología identificada en niños y adolescente con depresión, se encuentra: el dolor de cabeza, fatiga crónica, síntomas gastrointestinales, y dolores músculo esqueléticos (Shaffer, 2002).

En cuanto a los antecedentes, se comprendía anteriormente a los trastornos del estado de ánimo en niños y adolescentes con total incredulidad, considerando que

solo se presentaban después de la adolescencia; con el pasar del tiempo se evidenciaron diferentes trastornos como la depresión, esta viene oculta (enmascaradas) inicialmente en niños diagnosticados con hiperactividad, comportamiento agresivo, la delincuencia o si los niños o adolescentes (Shaffer, 2002). Actualmente, para la detección de la depresión en niños a adolescentes se observan múltiples factores que dificultan este proceso, teniendo en cuenta que las causas en su desarrollo son múltiples (sociales, familiares, escolares, etc.).

Shaffer (2002) menciona que la localización se ve obstruida por las dificultades cognitivas o verbales de los pacientes que tiene depresión, igualmente esclarece que de acuerdo al desarrollo en el que se encuentre el niño o adolescente, se dificulta su descubrimiento, ya que, en edades de preescolar, la latencia de edad los niños y algunos jóvenes adolescentes es mayor su dificultad.

Se considera entonces, que la depresión puede llegar a tener implicaciones importantes para el desarrollo psicoafectivo de los niños al ocurrir acontecimientos inesperados en alguna de sus fases de carácter evolutivo (fase de emotividad pura, estadio de crianza y conflicto, estadio de la conciencia e identificación sexual, estadio de latencia, pubertad y adolescencia), así como en el desarrollo familiar (Thomas Claudet & Méndez de Thomas, 1979).

Es por eso que el desequilibrio afectivo se genera en los jóvenes, donde experimentan momentos de querer ocultar la situación por la que pasan, al no encontrar una posición o prestigio en la sociedad; lo que los lleva muchas veces a buscar una escapatoria en las alternativas que brindan los diferentes contextos sociales como son: el consumo de sustancias psicoactivas, abuso de bebidas alcohólicas y experimentación temprana de las relaciones sexuales (Shaffer, 2002).

Es claro que la sintomatología de la depresión es semejante en cada una de las personas que la padece, pero sus factores son múltiples y se desarrollan de acuerdo a experiencias subjetivas teniendo en cuenta el contexto social. Evidenciándose así que la depresión inicia según Garber (1993) citado por Shaffer (2002): “es la presencia de distorsiones cognitivas estas se van identificado como un

factor de riesgo para el desarrollo de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes”.

La prevalencia es importante dentro del trastorno depresivo mayor es de aproximadamente 2% en niños y de 4 % en adolescentes. La diferencia por sexos no es significativa antes de la pubertad y en la adolescencia existiría una relación de 1:2 entre hombres y mujeres. La incidencia acumulada a la edad de 18 años es aproximadamente de 20% en muestras poblacionales (Almonte, Montt, & Correa, 2003). Además, la prevalencia de acuerdo con Shaffer, (2002), resalta que *“la depresión punto varía de aproximadamente 1% a 3% en niños prepúberes y de 3% a 9% en adolescentes, lo que demuestra el hecho de que la edad avanzada es un factor de riesgo para la aparición de la depresión en la juventud”* (Shaffer, 2002), encontrándose seguidamente que un factor influyente en la depresión es el nivel socioeconómico que se encuentra el niño o adolescente.

### **Suicidio**

En efecto la depresión está altamente relacionada con los intentos de suicidio, dado que dicha crisis es hoy en día un factor psicoafectivo que se evidencia frecuentemente en los adolescentes (Urrego, Quintero y Manrique, 2016), afectando este procesos como: la independencia del niño respecto a sus padres, la obligación hacia las instituciones de poder, la responsabilidad en el manejo de los asuntos personales y/o de tareas asignadas, preparación para el noviazgo, la formación de una identidad personal.

Del mismo modo, se puede afirmar que *“La crisis puede ser el resultado de la expresión directa o indirecta de la juventud de pensamientos o ideas”* (Shaffer, 2002, p 5), donde se evidencia, que en muchas circunstancias las auto-lesiones pueden causar a la persona daños físicos leves o incluso la muerte, debido a esto es que la depresión es considerada el primer en caminante a las crisis suicida y otros factores mencionados anteriormente. En todo el mundo, cada año 4 millones de adolescentes intentan suicidarse; y de estos mínimo 100.000 lo logran (Hinestrosa, Ospina, Paredes,

Guzmán & Granados, 2011); en cuanto a Colombia, entre los años 2004 y 2006, se halló un 41 % de ideación suicida y un 16 % de intentos de suicidio en jóvenes de bachillerato entre los 10 y 18 años (Castro-Camacho et. al., 2012), lo cual permite identificar que la depresión es un tema de relevancia para este Estado.

Como se ha mencionado anteriormente, dentro de la depresión en niños y adolescentes es muy habitual que se identifiquen crisis suicidas o autolesiones, desde este punto, lo que se desconoce es cómo poder identificar que esta persona está viviendo un indicio de depresión y que este puede desbordarse a tal punto de causar la muerte. Kaplan (2009) menciona que la depresión en niños y adolescentes es un problema de salud mental y las manifestación que se dan durante el desarrollo son diversas, ya que se identifica que puede presentar baja autoestima, quejas somáticas, aislamiento social, disminución o la pérdida de la capacidad para disfrutar de las cosas (Anhedonia), ansiedad, irritabilidad, baja tolerancia a la frustración y dificultad para conciliar el sueño.

En consecuencia, un niño o adolescente también puede manifestar a nivel escolar la depresión como: bajo rendimiento académico, cambios en su estado de ánimo, disminución en la asistencia académica, fracaso escolar, disminución en el interés subjetivo, poca motivación, pérdida de la atención o concentración y en general dificultades cognitivas que no le permiten responder adecuadamente a las actividades o tareas diarias, lo que genera un aislamiento social, por la presencia de tristeza, pérdida de interés, pérdida de placer, falta de autoestima, entre otros aspectos negativos que hacen parte de la sintomatología de la depresión (Shaffer, 2002).

De acuerdo con lo anterior el fracaso académico puede ser el efecto de la depresión, identificándose como una problemática que afrontan los estudiantes que presentan un rendimiento académico deficiente, generando su deserción o expulsión del sistema educativo, el cual como todo fenómeno complejo se considera de carácter multicausal, entre los cuales los factores psicológicos son importantes (Ferrel, F., Vélez-Mendoza, & Ferrel, L., 2014).

A nivel de Colombia, la ENSM (2015, p. 109) mencionar que la “prevalencia de movilización forzada a lo largo de la vida en la población adolescente por cualquier tipo de violencia es del 18,3 y el 13,2 % reportan haber sido movilizados la última vez por violencia relacionada con el conflicto armado o inseguridad”, por tal razón se busca establecer que de acuerdo las problemáticas socioculturales varía y principalmente en los efectos de la depresión; Colombia ha sido un estado que durante décadas ha tenido que vivir el conflicto armado, que consigo lleva miles de variables que afecta a los niños y adolescentes como el desplazamiento forzado, muerte, maltrato o violación de derechos humanos en general.

Por ende la depresión se convierte en un problema de importancia mundial, a causa de esto la OMS delimita una guía de intervención primaria que diciendo que la mejor opción de tratamiento consiste en apoyo psicosocial básico combinado con medicación antidepresiva o psicoterapia, tales como terapia cognitivo-conductual., psicoterapia interpersonal, o tratamiento enfocado en la resolución de problemas (2012), siendo responsabilidad de los profesionales de la salud ayudar en la estimulación y condiciones en las que se desenvuelven estos residentes.

Teniendo en cuenta lo anterior, es común encontrar en atención de urgencias de una clínica o hospital, un adolescente con ideas suicidas o autolesiones, de tal forma se recomienda que en el ingreso de paciente identificado se lleve un proceso diferente, intentando que esta persona no se sienta presionada por el contexto, debe sentirse escuchado y valorado para que de esta forma se pueda lograr un proceso de intervención, en el cual le permite aceptar que está pasando por una crisis de depresión y debe ser tratada (Kaplur,2009).

### **Instrumentos para su detección**

Para lograr una detección oportuna de la depresión existen diferentes herramientas que se han construido para tener una medición fiable de la depresión, y siendo en diversas investigaciones implementada, mencionando los principales instrumentos, entre ellas el instrumento de la escala de Hamilton para la Depresión y el

Inventario de Depresión de Beck - que fue construida para ser utilizada en adultos, pero se logró una adaptación para niños y adolescentes (Peñate, 2014) -, son herramientas que permiten establecer cuantitativamente un rango para poder clarificar si el paciente está pasando por una depresión y en qué grado se encuentra, para posteriormente realizar una intervención (Shaffer, 2002).

## **Tratamientos**

Los tratamientos sobre la depresión de acuerdo con Mueller y Orvaschel, (1997; citado por Shaffer, 2002), afirman que para la depresión en niños y adolescentes los tratamientos son muy escasos y que la gran mayoría se encuentran dirigidas para adultos y que por tanto, no se ajustan a las necesidades del desarrollo del infante o adolescente.

Dentro de los tratamientos que se han podido encontrar para la depresión, están: la terapia cognitiva conductual (TCC), la Terapia de la Activación Conductual (TAC), siendo estas dos las técnicas que mejor han funcionado para combatir la depresión (Jacobson, 2001). En cuanto a la primera, la TCC, tiene como objetivo establecer un aumento en las actividades placenteras, habilidades de resolución de problemas, habilidades sociales y asertividad, técnicas y de regulación emocional, incrementando el refuerzo positivo de las actividades directas o de la mejora de las relaciones interpersonales que pueden ser un resultado secundario de las actividades. De acuerdo con (Beck, 1979; citado por Shaffer, 2002) esta terapia se basa en la premisa de que el pensamiento negativo contribuye al desarrollo y mantenimiento de los síntomas depresivos, este modelo asume que existe un pensamiento automático de naturaleza negativa, así el pensamiento negativo lleva a estados de afecto negativo y a su vez comportamientos de mal adaptación. Ejemplificando lo anterior: a una persona le pueden surgir pensamientos negativos, pensando que su vida es catastrófica, que no vale la pena, haciéndolo sentir malestar emocional, pasando con dichos pensamientos a una fase de afecto negativo, en el cual se evidencia la depresión y luego de esto, comportamientos maladaptativos orientados hacia autolesiones e ideaciones suicidas.

Por consiguiente se encuentra la herramienta de TCC, la cual se basa en el postulado de que los Pensamientos automáticos negativos y las creencias básicas están direccionadas como hipótesis que se pueden evaluar empíricamente, a partir de la observación personal y el autocontrol, en cuanto a esto, Beck propone que es el estado de ánimo depresivo el resultado de una serie de creencias o pensamientos negativos al respecto, considerándose así que los pensamientos son automáticos.

Conviene señalar que se han encontrado estudios acerca de la efectividad acerca de la TCC en niños, los cuales generalmente incluyen a niños de tercero a sexto grado que tenían niveles elevados de síntomas depresivos en una proyección de grado o escuela, en conjunto, los resultados indican que los niños tratados con algún tipo de TCC mostraron una mayor reducción de los síntomas depresivos que los que recibieron placebo atención o una lista de espera condición (Butler, 1980; citado por Shaffer, 2002).

Siguiendo con los tratamientos, la Terapia de Activación Conductual, propuesta por Jacobson en 1990 y posteriormente refinada en 2001 por él mismo, la cual se basa en el componente de activación conductual de la terapia cognitiva, se toman los componentes de generación de conductas que ayudan a combatir la depresión como el hacer ejercicio o interactuar con otros, y lo lleva a un nivel más amplio y contextualizado de la persona, busca que el ser humano encuentre conductas que le ayuden a combatir la desactivación conductual que genera la depresión; al mismo tiempo, de hacer que el contexto funcione de reforzante natural (Jacobson, 2001). De este modo, la terapia embiste no solo el problema de la depresión, sino que ayuda a la persona a salir del abandono y el estigma social que se tiene frente a las enfermedades mentales, buscando un apoyo social de una manera más efectiva y que genere redes de apoyo que sirvan de reforzante en contra de la depresión.

### **Guías de Práctica Clínica.**

Las guías prácticas clínicas (GPC) es una estrategia implementada para brindar una mejor calidad en el servicio y la atención, en este caso, de la población Colombiana

especialmente los son los niños y adolescentes, teniendo en cuenta como se establece en la Guía de atención integral (GAI) de 2010 del Ministerio de Protección Social las GPC cumplen una serie de características como ser válidas y reproducibles, su aplicación debe ser fácil, el mensaje claro y sin ambigüedades, flexibles, de origen multidisciplinario, la documentación debe ser sólida y prever procesos de revisión, tener la capacidad de actualizarse de acuerdo con las necesidades, el avance tecnológico, los descubrimientos científicos y las recomendaciones recientes (GAI, 2010).

Según el Ministerio de Salud –MINSALUD-, la resolución 518 de 2015 instauration tamizajes propuestos y validados, para las intervenciones colectivas en la salud pública, en donde para la OMS el tamizaje en salud es definido como “el uso de una prueba sencilla en una población saludable, para identificar a aquellos individuos que tienen alguna patología, pero que todavía no presentan síntomas” (MINSALUD, 2015). Dentro de esta guía, es de importancia dicho tema sobre el tamizaje en la depresión, dado que se podrían identificar a los niños y adolescentes que presentan sintomatología depresiva y para ejercer operaciones preventivas, por medio de la intervención temprana.

### **Diseño metodológico**

Para el desarrollo de la adaptación de la Guía de práctica Clínica sobre la Depresión en niños y adolescentes, se implementó como metodología la Guía de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano - GAI, que es un instrumento que permite tener claridad acerca de cómo llegar a una construcción o adaptación de una guía. La GAI se desarrolla en el 2010 bajo la convocatoria que realiza COLCIENCIAS en 2008, donde se plantearon cinco propuestas nacionales con alianzas internacionales, obteniendo el mejor puntaje la Fundación Santafé de Bogotá – Centro de Estudios e Investigación en Salud en alianza con la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Harvard; este instrumento tiene como principal objetivo sintetizar las diferentes metodologías para el desarrollo de guías y de estudios de evaluación económica en salud que hoy se utilizan en el mundo, y



concretarlos en una metodología para Colombia. La GAI fue diseñada por el Ministerio de la Protección Social - COLCIENCIAS.

Dentro del documento se exponen diferentes técnicas, donde se estructura un proceso que se tiene en cuenta la información, los recursos humanos y los recursos técnicos disponibles en el país, como herramientas esenciales para la toma de decisiones sobre los contenidos del Plan Obligatorio de Salud - POS, el mejoramiento de la calidad de la atención en salud y la racionalización de los recursos en el POS y en otros planes de atención del Sistema General de Seguridad Social en Salud: salud pública y riesgos profesionales.

En este sentido, se llevó a cabo a nivel nacional e internacional una revisión acerca de guías de atención integral -GAI-, donde se pudo encontrar la Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano. El documento en mención, cuenta con lo necesario a nivel estructural para la adaptación del instrumento como lo es la GPC de depresión en niños y adolescente, permitiendo así tomar la decisión dentro de esta investigación de tener en cuenta el paso a paso que implementaron en la metodología, obteniendo con ello resultados esperados de una manera más clara, resaltando que es una herramienta ideal para nuevos investigadores que buscan la creación de guías de práctica clínica; Del mismo modo, se encuentran sugerencias de cómo iniciar el proceso, es clara a la hora de enmarcar los objetivos de cada paso, es fácilmente entendible los resultados a los cuales se quiere llegar. De esta forma, la GAI se convierte en un elemento fundamental, ya que da una guía específica en los lineamientos a seguir.

Por otra parte, se encontrarán diferentes recomendaciones clínicas a partir de guías de práctica basadas en la evidencia, evaluaciones económicas de las recomendaciones clínicas y estudios del impacto en la UPC de las tecnologías en salud evaluadas, por ultimo estas guías pueden ser implementadas por prestadoras de Servicios de Salud - IPS o por Administradores de Planes de Beneficios para la

evaluación, desarrollo, adaptación, actualización o promoción de la implementación de guías clínicas.

Por lo tanto, dentro de esta investigación se implementará, la metodología propuesta por la guía de atención integral (GAI) puesto que fue desarrollada para pacientes Colombianos, contando con las características del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Por esta razón, se considera un instrumento idóneo para orientar la práctica clínica y mejorar la calidad de la atención de salud.

### **Participantes**

Al estar usando la GAI, se conforman principalmente dos grupos definidos por esta, el grupo desarrollador y los revisores externos de la versión final de la guía. El grupo desarrollador está compuesto por tres estudiantes de octavo semestres de psicología de la Universidad Piloto de Colombia (Pablo Alexander Orjuela, Jessica Julieth Tuta y Diana Cecilia Medellín), con finalidad de la construcción de tesis de grado bajo la supervisión de la docente Diana Paola Pulido, quien cuenta con maestría en psicología clínica. Además de esto se cuentan con las siguientes personas como revisores externos de la guía final: Diana Alejandra Vigoya, Luz Carmen Maffiol y Catalina Gómez.

### **Procedimiento**

Tomando en cuenta la conformación del grupo de trabajo se ha puntualizado que no se encuentran ningún tipo de conflicto de intereses entre los miembros participantes, se identifica que todos están de acuerdo con el propósito de adaptación de una Guía de Práctica Clínica para detección e intervención de la depresión en niños y adolescentes, y que no existe ningún tipo de conflicto a nivel económico y/o social respecto al tema.

Dentro de la búsqueda, se destacaron tres guías en particular: en primer lugar, la guía clínica para el manejo de la depresión de México, después, la guía clínica para tratamiento de adolescentes de 10 a 14 años con Depresión de Chile y finalmente,

depresión mayor en la Infancia y Adolescencia, del Ministerio de Sanidad y Política Social de Cataluña, España. A estas tres guías se les realizó una evaluación con dos instrumentos la GuideLine Implementability Appraisal-GLIA- y German Instrument for Methodological Guideline Appraisal Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung -DELBI- que fueron tomados de la Guía Metodológica para la elaboración de Guías Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano, donde se pudo encontrar que la guía de Cataluña, España, cuenta con los elementos más relevantes que debe tener una Guía de Práctica Clínica -GPC-, permitiendo identificar las necesidades de la población con depresión y su fácil comprensión, por lo cual se decide tomar la Guía sobre Depresión mayor en la Infancia y Adolescencia, del Ministerio de Sanidad y Política Social de Cataluña, España, para lograr una adaptación de ella, y no crearla desde cero, determinado que la guía que se va adaptar cumple con los puntajes más altos dentro de los parámetros impuestos por las dos herramientas (GLIA y DELBI), luego de ser comparada con otras dos guías (Anexo 2 y 3).

La revisión que se estableció respecto a las guías metodológicas, permitió identificar que la Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano -GAI- posee varias ventajas con respecto a otras guías, Por ejemplo: considera de manera clara y específica cada uno de los pasos que se deben desarrollar para la construcción de una guía permitiendo que a través de la lectura y comprensión se aclaren cada una de las dudas; la terminología implementada no es compleja para el lector, ofreciendo con ello, exactitud en los procesos básicos, como la conformación de los grupos o equipos de trabajo encaminando a cada uno de los integrantes a labores específicas para cumplir con el desarrollo como tal. Además, da un proceso claro de cómo se valida la información obtenida y de cómo esta se ha de presentar en un documento final, muestra distintos métodos para corroborar información, lo que fomenta un trabajo multidisciplinario indirecto con respecto a la problemática a tratar.

Para la adaptación de la Guía sobre Depresión mayor en la Infancia y Adolescencia, del Ministerio de Sanidad y Política Social de Cataluña, España, se implementa la Guía De Atención Integral (GAI) que cuenta con 36 pasos que serán un guion para lograr una organización en el propósito planteado. A continuación se relacionan cada uno de los pasos mencionados:

### **Paso 1. Constitución del grupo de desarrollo de una guía de atención integral.**

La presente guía es el resultado de un proceso de investigación de trabajo en equipo con Estudiantes en formación de la facultad de Psicología de la Universidad Piloto de Colombia entre ellos están, Medellín Castro Diana Cecilia, Orjuela Chitiva Pablo Alexander y Tuta Roa Jessica Julieth, cuya finalidad es la construcción del trabajo de grado de pregrado, bajo la supervisión de la docente Diana Paola Pulido (Mg) Coordinadora Centro Psicosocial, programa de Psicología, Universidad Piloto de Colombia.

Por lo tanto, la conformación de este grupo de trabajo, posee dentro de sus funciones establecidas, la adaptación de la definición de las preguntas clínicas, la búsqueda de la evidencia científica a nivel nacional e internacional, evaluación y síntesis de la evidencia, desarrollo de las recomendaciones, evaluación del impacto en la UPC, entre otras.

### **Paso 2. Identificación de conflictos de intereses.**

Considerando la conformación del grupo de trabajo, se ha puntualizado que no se encuentra ningún tipo de conflicto de interés entre los miembros participantes, dado que se evidencia que todos están de acuerdo con el propósito de adaptación de una Guía de Práctica Clínica para tratar la depresión en niños y adolescentes, y que no existe ningún tipo de conflicto a nivel económico y/o social con respecto al tema.

### **Paso 3. Priorización y selección del foco de una Guía de Práctica Clínica.**

El proceso de priorización se llevó a cabo por medio de una matriz de priorización de temas para GPC, permitiendo con esto que el proceso se dé de manera más objetiva. Así, según la matriz de priorización de temas, este se califica en un A1, debido a que tanto la relevancia del tema, como el impacto de la guía son altos, ya que la depresión es un trastorno grave en niños y adolescentes y este limita su desarrollo normal, por consiguiente se busca su implementación, debido a que en Colombia no se cuenta con un material que permita su detección y tratamiento oportuno en la población mencionada. (Anexo #1), por lo cual se consideró que la depresión en niños y adolescentes es la temática a seguir en la adaptación de esta guía de práctica clínica (GPC).

### **Paso 4. Definición de alcance y objetivos de una Guía de Práctica Clínica.**

Aquí en este paso, se debe conocer principalmente el significado de que es GPC, a quien va dirigido y el objetivo que se tiene con la construcción de GPC.

#### **Objetivo de la Guía.**

Orientar basados en la evidencia científica a los profesionales de la salud y a los familiares, sobre cómo se deben tomar decisiones en la asistencia de los niños y adolescentes con depresión.

#### **Objetivos específicos.**

- Proporcionar un instrumento que permita la detección de la depresión en niños y adolescentes.
- Generar para la población de niños y adolescentes un guion de diagnóstico acertado para el trastorno depresivo
- Facilitar la intervención de la depresión en niños y adolescentes.

### **Paso 5. Socialización del documento de alcance y los objetivos de una Guía de Práctica Clínica.**

En este paso se tuvo en cuenta la opinión del grupo elaborador de la adaptación, la coordinadora de este trabajo de grado y la opinión de cuatro profesionales en psicología clínica, antes de incorporarse como definitivos.

Se pidió la colaboración de jueces expertos, las cuales fueron: Leidy J. Castro Meneses (PhD in Cognitive Science, Psicóloga), Catalina Gomez Villamizar (Psicóloga), Milena C. Rosensvaig Celis (Psicóloga Clínica), Luz Carmen Maffiol Arias (Psicóloga Magíster en Psicología Clínica y de Familia), a quienes se les envió el documento borrador de la “Guía de Práctica Clínica Sobre la Depresión en Niños y Adolescentes” a través de correo electrónico, para la respectiva valoración de los objetivos y alcance de la Guía, los cuales deberían ser evaluados por medio de un formato adaptado por el grupo de estudiantes de la Universidad Piloto de Colombia (Anexo 4).

Luego, se realizó un análisis de las observaciones elaboradas por los jueces expertos, teniendo en cuenta las recomendaciones realizadas, para el mejoramiento del borrador de la Guía de Práctica Clínica Sobre Depresión en Niños y Adolescentes, teniendo en cuenta siempre el contexto sociocultural en el que se desarrolla esta población en Colombia.

### **Paso 6. Formulación de las preguntas clínicas y económicas de una Guía de Práctica clínica.**

Las preguntas realizadas se construyeron de acuerdo con las necesidades según el contexto Colombiano y otras fueron tomadas de la “Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia”, de las cuales se encuentran un total de 14 preguntas, entre ellas construidas algunas por el grupo de trabajo y otras tomadas desde la adaptación de la Guía mencionada anteriormente (Anexo 5).

## **Paso 7. Identificación y graduación de desenlaces de una Guía de Práctica Clínica.**

En este paso es importante determinar el nivel de gravedad con el que ingresa el paciente, para así poder orientar la atención oportuna, aunque este paso se refiere sobre todo a la parte de sintomatología de diagnóstico médico; según la “Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia”, los desenlaces se pueden clasificar en una escala de crítico, importante no crítico y no importante o en desenlace relevante al paciente, clínicos y sustituto.

## **Paso 8. Socialización de las preguntas y desenlaces de una Guía de Práctica Clínica.**

Para la socialización de las preguntas se tuvo en cuenta dos (2) opciones, la primera opción enviar un correo electrónico a cada uno de los jueces, en donde los archivos adjuntos serían el documento con la GPC y las preguntas construidas, y como segunda opción la entrega del documento en físico.

## **Paso 9. Búsqueda sistemática de Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia.**

El grupo adaptador se enfocó en la indagación respectiva de las diferentes fuentes de GPC, desde una mira nacional e internacional.

Como primer paso se realizó una búsqueda sistemática de guías de práctica clínica para la depresión en niños y adolescentes, encontrando tres guías:

- Guía clínica para el manejo de la depresión de México. (Heinze Martin G, Camacho Segura, P; 2010)
- Guía clínica para tratamiento de adolescentes de 10 a 14 años con Depresión de Chile. (Ministerio de Salud –MINSAL-. Guía Clínica para el Tratamiento de Adolescentes de 10 a 14 años con Depresión; 2013)

- Depresión mayor en la Infancia y Adolescencia, del Ministerio de Sanidad y Política Social de Cataluña, España. (Ministerio de ciencia e innovación., Ministerio de sanidad y política social., Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social., Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia; 2009).

Cada estrategia de búsqueda bibliográfica sistemática se realizó de manera que permitiese identificar de forma adecuada los estudios y ser fácilmente reproducible. Se fundamentó en los elementos de las preguntas de la revisión y en el diseño de estudio que se consideró más apropiado. En un documento anexo de material metodológico se detallan las bases de datos y el resto de fuentes de información de búsqueda de la evidencia científica, que, en líneas generales, fueron las siguientes:

Fuentes especializadas en revisiones sistemáticas, como: Proquest, Dialnet, Popsic, Redalyc, Scielo, uelboque.edu.co, uned.es, APA Psycnet y EBSCOhost. Fuentes especializadas en guías de práctica clínica y otros recursos de síntesis, como la base de datos TRIP (Turning Research into Practice) o GuíaSalud. Y, Fuentes generales, como Medline (Pubmed), EMBASE (Elsevier o Ovid), ISI WEB, IBECS (Índice bibliográfico en Ciencias de la Salud) e IME (Índice médico español).

#### **Paso 10. Evaluación de Guías de Práctica clínica basadas en la evidencia:**

Se realiza la utilización de un instrumento para poder determinar la calidad de la GPC.

Después de realizar la búsqueda sistemática de las diferentes investigaciones, se desarrolló la evaluación de cada una de ellas con la herramienta propuestas por GAI, primero con la herramienta DELBI para obtener una comparación cuantitativa de los instrumentos, dado que no se vio reflejada una diferencia significativa en los resultados se decidió aplicar una segunda herramienta GLIA. Con esto, se logra identificar la calidad de las guías, dando como resultado que la guía con mejor estructura para el contexto Colombiano, que se adapta a las necesidades de población



y con mejor apoyo teórico y empírico, es la Guía sobre Depresión mayor en la Infancia y Adolescencia, del Ministerio de Sanidad y Política Social de Cataluña.

### **Paso 11. Adaptación de Guías de Práctica clínica basadas en la evidencia:**

Para La decisión de desarrollar de Novo o adaptar una o varias, es necesario cumplir una serie de pasos que ayudarán a la toma de decisión.

Llegado a este paso, el grupo tomó la decisión de que lo más pertinente era la adaptación de una guía y que esa sería la “Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia”, bajo los pasos de la GAI, ya que al ser evaluada cumplía con gran parte de los parámetros de calidad solicitados por la población Colombiana, según la GLIA y DELBI. Llevando esta adaptación a que el grupo de trabajo aprovechara la experiencia de otros grupos expertos, para no iniciar de ceros.

### **Paso 12. Desarrollo de Novo de Guías de Práctica clínica basadas en la evidencia:**

Se debe tener en cuenta la revisión sistemática para los resultados, en donde se deben cumplir con algunos criterios.

Debido a que la calificación del DELBI y de la GLIA resultaron ser satisfactorios este paso se deja de lado, ya que la calificación de las guías resultó ser ideal para una adaptación, no existen dificultades de mayor grado para la realización de este procedimiento.

### **Paso 13. Revisión sistemática de la literatura –RSL:**

Se deben organizar una serie de elementos para que la revisión se logre, como tener en cuenta la planeación de la revisión, realización, seleccionar, evaluar, sintetizar y graduar la evidencia y reporte y difusión de los resultados de la revisión de la literatura (es importante realizar una buena pregunta de investigación).

Para el debido cumplimiento de este paso, se realiza la indagación de material con máximo 5 años de anterioridad, con relación a la depresión en niños y adolescentes, en diferentes bibliotecas de la ciudad de Bogotá (Universidad Javeriana, Universidad Piloto de Colombia, Biblioteca Luis Ángel Arango, entre otras); por otro lado, por medio de bases de datos (por ej., Ebsco Host, Jstor, ProQuest, PsycARTICLES (APA), Dialnet, Scielo, Redalyc, Google académico, etc.), se realizó la búsqueda de libros y revistas indexadas, tomando como estrategia de búsqueda las palabras clave como: depresión, estado de ánimo, niños y adolescentes, terapia cognitivo conductual (TCC).

Como paso siguiente, se elaboró una tabla en Excel con todos los archivos encontrados, clasificados con el nombre del autor, la fecha de elaboración, la base de datos de donde se encontró, para organizarlos y tomar como criterio la búsqueda de cual de este material tenía en cuenta el contexto Colombiano con depresión en niños y adolescentes, para con ello, saber que tan estudiado ha sido el tema. Los textos escogidos como útiles fueron leídos detalladamente, para la elaboración de un resumen de cada uno, los cuales serán tenidos en cuenta al momento de la adaptación de la guía.

#### **Paso 14. Formulación de las recomendaciones clínicas:**

Las recomendaciones que se realizan deben ser claras y direccionadas a lo específico.

Para este trabajo de grado, durante la realización de este paso, se tomaron la gran mayoría de las recomendaciones clínicas que se encuentran en la “Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia”, dado que sobre esta se realiza la adaptación para la “Guía de Práctica Clínica Sobre la Depresión en Niños y Adolescentes”, teniendo como punto de referencia las que se consideran similares y/o iguales para ambos contextos. Además, la adaptación de las recomendaciones clínicas se elaboraron en base a el contexto Colombiano, lo que generó que unas recomendaciones no fueran pertinentes y se elaborarán unas que se

consideraron apropiadas según el desarrollo psicosocial en el que se desenvuelve el niño y adolescente del país Colombiano.

### **Paso 15. Redacción de la versión preliminar de la Guía de Práctica clínica.**

En este paso, se inició una lectura minuciosa de la Guía de Atención Integral, para adquirir el conocimiento de qué hacer en cada paso establecido y la adaptación del esquema de la GPC, también se tuvo en cuenta las recomendaciones realizadas por la coordinadora del centro psicosocial de la Universidad Piloto de Colombia.

Después de esto, se le dio relevancia a lo indagado en la literatura Colombiana que fuera diferente a la “Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia” y lo que era semejante se parafraseo en la adaptación de la Guía.

### **Paso 16. Evaluación externa del borrador de la versión preliminar de la Guía de práctica clínica.**

Se omite este paso, para dejar únicamente las recomendaciones realizadas en cada espacio de asesoría de tesis por la coordinadora del centro psicosocial de la Universidad Piloto de Colombia, dado que más adelante se necesitará otra evaluación externa preliminar y una final de la versión final de la Guía de Práctica Clínica para Depresión en Niños y Adolescentes.

### **Pasos del 17 al 24**

A continuación, se dan a conocer cada uno de los pasos que hay del 17 al 24:

**Paso 17.** Priorización de las evaluaciones económicas de una Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia, **Paso 18.** Enmarcar la evaluación económica, **Paso 19.** Revisión sistemática de evaluaciones económicas existentes en la literatura científica, **Paso 20.** Definición de la realización de una evaluación económica de Novo, **Paso 21.** Medición y valoración de los desenlaces relevantes en salud para la evaluación económica, **Paso 22.** Medición, valoración y estimación de los costos y modelamiento,

**Paso 23.** Actualización de los efectos en salud y los costos: aplicación de la tasa de descuento, **Paso 24.** Medición de la relación entre efectos de salud y costos.

Se decide realizar una agrupación de estos pasos, debido a que no se llevará a cabo un apartado de la parte económica en la “Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión en niños y Adolescentes”, ya que el desarrollo de esta guía es una adaptación y el propósito es partir de las necesidades con la que cuenta el centro psicosocial de la Universidad Piloto de Colombia y va más enfocado a la parte cualitativa, por tanto los costos económicos serán omitidos en este trabajo de grado, sumado a esto, las intervenciones y procesos sugeridos por la Guía construida no implican para quienes la quieran adoptar un gasto económico distinto al que ya tienen por su propio funcionamiento. Además el centro psicosocial de la universidad cuenta con la infraestructura física (consultorios) y el recurso humano (Psicólogos y practicantes de psicología).

Como se ha venido desarrollando una serie de paso los cuales hacen parte de la estructura de la GDP y como objetivo principal de trabajo de grado, se dejará de lado los pasos del (17-24), debido a que durante la adaptación y elaboración el tratamiento que se propone no requiere instrumentos o insumos extras a los que ya se tienen acceso, se plante intervención netamente psicológica (a diferencia de la guía que se adapta que tiene un componente de tratamiento combinado) y se dan lineamientos frentes a las terapias que se proponen y un flujograma de acción.

Asimismo, se da por hecho que los psicólogos que usaran esta guía no requieren de ningún entrenamiento extra, puesto que la misma guía da las bases teóricas frente al tratamiento de la depresión y la terapia se basa en entrevistas semiestructuradas y la aplicación de la TCC.

Del mismo modo, debido a que la creación de esta Guía de Práctica Clínica está enfocada en ser un instrumento de tratamiento en el Centro de Atención Psicológica de la universidad Piloto de Colombia y el centro siendo un sitio de práctica de esta misma los costos que dicho instrumento implica son mínimos, no se tendrá necesidad o acceso a medicamentos, la terapia es basada en entrevista semiestructurada, los psicólogos en

formación serán quienes realicen la intervención y se contará con un asesor calificado para su orientación.

#### **Paso 25. Realización de análisis de sensibilidad.**

Para la adaptación de la GPC no se tuvo en cuenta este análisis de sensibilidad, debido a que no se realizaron evaluaciones económicas, dado que los costos de esta guía son de bajo presupuesto. Por tal motivo, no se consideró que el grupo presentará algún tipo de incertidumbre al respecto.

#### **Paso 26. Redacción de la versión preliminar de la Guía de Atención.**

A partir de las necesidades con la que cuenta el centro psicosocial de la Universidad Piloto de Colombia, se realiza la adaptación de la “Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia”, siguiendo los pasos propuestos por la “Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral”, puesto que se considera pertinente para el contexto Colombiano y la población a trabajar (de niños y adolescentes), dichas herramientas como base para una nueva guía. Se realiza una redacción inicial de la guía la cual se es presentada al asesor el día 29 de junio de 2016 para que sea evaluada y aprobada para su futuro envío a los correspondientes evaluadores externos.

#### **Paso 27. Evaluación externa de la versión preliminar de la Guía de Atención.**

En este paso, se contó con la colaboración de cuatro (4) jueces expertas en el área de la psicología clínica, quienes dan como observaciones: *Juez 1*. “Me hubiera gustado que hubieran descrito un poco más las terapias a utilizar o que hubieran presentado unos ejemplos. Porque alguien que lea la guía no puede saber cómo qué hacer y podría utilizar los ejemplos o el paso a paso de la guía”. *Juez 2* “Considero que esta guía es pertinente y necesaria en el ámbito nacional”. *Juez 3* “Por ejemplo pueden tener en cuenta las categorías por edades que se aplican en los tamizajes: Cuestionario

de Síntomas para Niños RQC que se aplica entre 5 y 15 años. -El cuestionario de Síntomas SRQ se aplica desde los 16 años. Ambos tamizajes adaptados, validados y sugeridos por el Ministerio”.

#### **Paso 28. Definición de escenarios de atención.**

El escenario de Atención de énfasis utilizado en la GPC, es el psicológico, en el que se tienen en cuenta los criterios diagnósticos establecidos por el DSM-V para asignar el tipo de depresión a tratar, también se mencionan terapias que han demostrado eficacia en dicho trastorno y se realiza una contextualización de factores de riesgo psicosocial de los niños y adolescentes de Colombia

#### **Paso 29. Enmarcar la evaluación de impacto en la Unidad de Pago por Capacitación - UPC.**

Este paso realiza un análisis presupuestal, el cual no se tiene en cuenta, debido a que la Guía no maneja los costos unitarios, de lo que pagan las EPS por los servicios de salud.

#### **Paso 30. Estimación del impacto presupuestal en la UPC**

En este paso se evalúa el impacto en la Unidad de Pago por Capacitación, estimando los costos de todos los servicios en la Guía (por ej., medicamentos), pero como grupo adaptador se decide no tener en cuenta ningún aspecto económico, dado que los gastos son mínimos, al no introducir la parte farmacológica.

#### **Paso 31. Definición de indicadores de la Guía de Atención Integral.**

Número de niños y adolescentes atendidos, con resultados exitosos versus los que no resultaron exitosos.

Porcentaje de niños y adolescentes, con mejoría en la sintomatología de los criterios diagnósticos según el DSM-V, que fueron tratados siguiendo la Guía desarrollada por este grupo.

Número de niños y adolescentes tratados con psicoterapia que presentan efectos adversos, sobre el total de niños y adolescentes tratados.

### **Paso 32. Redacción de la versión final de la Guía de Atención Integral.**

Se toman las observaciones realizadas en la evaluación externa, se siguen al pie de la letra el paso a paso de la realización de una Guía de Atención Integral, según el Ministerio de Protección social y se hace el análisis correspondiente a la guía que se va a adaptar, para saber que se sustrae de esta.

### **Paso 33. Evaluación externa de la versión final de la Guía de Atención Integral.**

Para este paso, se realiza un análisis sobre las observaciones dadas por las jueces anteriores, por lo que solamente se toman 2 de las 4 jueces anteriormente consultadas, pues fueron estas las que más aportaron al mejoramiento de la adaptación de la guía y se buscan nuevos jueces expertos, pero solo se logró una nueva juez experta. El procedimiento que se llevó a cabo fue la llamada telefónica a las 3 jueces, a dos de ellas para ver si querían seguir participando en el proceso de evaluación y a la otra para saber si podíamos contar con sus aportes y tiempo en la evaluación final, después de esto se les envió un correo electrónico, el cual llevaba una carta con solicitud de evaluación externa de la versión final de la Guía de Práctica Clínica para Depresión en Niños y Adolescentes, la Guía de Práctica Clínica Sobre la Depresión en Niños y Adolescentes, y una encuesta de revisión por clínicos. Dichos documentos debían ser revisados y diligenciados con un tiempo no mayor a 15 días, para la realización del análisis de concordancia. De esta forma, al cumplirse el tiempo establecido, dos de las jueces enviaron vía correo electrónico diligenciada la encuesta de revisión por clínicos, mientras la otra juez, pidió que el grupo adaptador se acercara hasta las instalaciones de su sitio de trabajo para responder a ciertas preguntas y para realizar la encuesta en físico.

Para la recolección de datos de los jueces se elaboró una herramienta para calificar la confiabilidad y validez de la guía (Anexo 6), basándose en el ejemplo propuesto por la GAI, para el análisis de estos datos recolectados se realizó un análisis de concordancia, lo cual arrojó los siguientes resultados: Para el análisis de validez los resultados fueron positivos dando una fuerza de concordancia muy buena, confirmando que la validez interna de la guía es adecuada. El análisis de confiabilidad arrojó resultados de fortaleza moderada lo que indica que la guía aún tiene espacio de mejora pero por la naturaleza de esta, es necesario implementarla para obtener datos empíricos de esta, y así poder fortalecer de una manera más sustancial la calidad del proceso de terapia. Los análisis de resultados se discutirán con más detalle en el apartado correspondiente.

### **Paso 34. Socialización de la Guía de Atención Integral**

El trabajo de grado y la versión completa de la Guía de Práctica Clínica, se presentará, en primera instancia con los jurados designados para la revisión del documento, el cual previamente fue pasado por un proceso evaluativos y correctivos durante el mes de diciembre de 2016, posteriormente se socializará en la fecha del 7, 9 o 10 de febrero de 2017 y se llevara a cabo la sustentación del trabajo de grado frente a ellos y otras autoridades pertinentes de la Universidad Piloto de Colombia.

En segundo lugar, el grupo evaluador ofrecerá una invitación a la RED ISUAP para que conozca la guía de práctica clínica por medio de una versión resumida vía correo electrónico, ya que esta red está conformada por las instituciones de Servicios Universitarios de Atención Psicológica pertenecientes a Facultades de psicología, quienes integran sus esfuerzos para unificar criterios con respecto a la calidad en la prestación del servicio a sus usuarios, la formación profesional de los estudiantes y el fortalecimiento de la investigación.

En tercer lugar, se buscará realizar publicaciones de promoción de la guía a través de las redes sociales (por ej.: facebook, twitter.) y la página de la Universidad



Piloto de Colombia. Por último, se dará a conocer a la secretaría de salud y protección social la Guía de práctica clínica.

### **Paso 35. Presentación y diseminación de la Guía de Atención Integral**

La presentación de la adaptación de la Guía de Práctica Clínica -GPC- se realizó el 24 de noviembre de 2016 de manera física, al coordinador de tesis de la Universidad Piloto de Colombia -UPC- Jhon Alexander Castro, seguidamente se da un tiempo para su revisión y posteriormente se puso a disposición de los estudiantes de la misma Universidad, consecutivamente a quienes hicieron parte del proceso como jueces dentro de este proyecto se les hará llegar una copia del trabajo final de la guía y por último una copia para la implementación en el centro psicosocial de la UPC. Con la intención de, que este documento sea utilizado en otros centros psicosociales a parte del ya nombrado, se busca tramitar el ISSN de la Guía de Práctica Clínica Sobre la Depresión en Niños y Adolescentes.

### **Paso 36. Implementación de la Guía de Atención Integral**

La implementación de la Guía de práctica clínica, se realizará en el centro Psicosocial de la Universidad Piloto de Colombia, con la población que accede al servicio de atención psicológica, debido a que cuenta con profesionales en el área de Psicología Clínica y practicantes de psicología, ya que el manejo de la GPC debe tener un manejo e implementación por profesional con conocimientos en clínicos y más específicamente en depresión en niños y adolescentes.

### **Aspectos legales**

Dentro de los aspectos legales de la investigación, ha sido necesario tener en cuenta la parte de los jueces expertos consultados, por lo que se han realizado documentos firmados por ellos, brindando su concepto para el desarrollo del trabajo de grado, dando constancia a los revisores y brindado veracidad de los jueces colaboradores dentro la investigación.

Las recomendaciones frente aspectos legales se realizan para las personas quienes van a realizar intervención con los menores, y por lo que como psicólogos se deben regir y estas se anexan en la guía, la cual se está adaptando.

## **Resultados**

Los resultados de la presente investigación se establecen en el documentó y la guía sobre depresión en niños y adolescentes, la cual se desarrolló teniendo en cuenta los aportes investigativos para el proceso de adaptación. La guía de práctica clínica sobre depresión en niños y adolescentes, se establece con el fin de realizar la detección y tratamiento de la depresión en niños y adolescentes, para lo cual se realizó una búsqueda exhaustiva de investigaciones sobre depresión en niños y adolescentes, en guías nacionales e internacionales que se hayan creado para su intervención.

Como producto de la investigación se construye la Guía de práctica clínica sobre depresión en niños y adolescentes (Anexo 7), que es un herramienta que facilitará la detección, tratamiento y seguimiento de la depresión en la población mencionada, la cual paso por un juicio de expertos en el área clínica y de infancia y adolescencia de Colombia; la metodología usada para dicha evaluación fue el análisis de concordancia, en el cual se tomaron tres jueces que realizaron una revisión frente al contenido, congruencia y confiabilidad interna de la guía, calificaciones obtenidas a través de un instrumento de creación propia (Anexo 6). Dicho instrumento, tiene dos categorías principales, confiabilidad y validez, sobre las cuales se basa el análisis de concordancia de la guía.

Para el proceso de análisis de concordancia se inició con la selección de los jueces externos que contestaron al instrumento de calificación (Anexo 6), se siguió trabajando con los jueces que ya habían estado involucrados en el proceso de adaptación de la guía, ya que ellos podrían dar profundidad al análisis al poder dar cuenta de la evolución de la guía, y se anexo otro participante para dar mayor confiabilidad al análisis, en este caso se contó con el apoyo de Catalina Gómez Villamizar (Psicóloga), Luz Carmen Maffiol Arias (Psicóloga Magíster en Psicología

Clínica y de Familia), quienes ya habían participado anteriormente como jueces externas de la guía, y Diana Alejandra Vigoya (Psicóloga, Coordinadora académica del programa de psicología de la Universidad Incca).

Como siguiente paso, el proceso nuevamente era la búsqueda de jueces, por lo que se decidió por medio de llamada telefónica, contactar a dos de las jueces que habían participado anteriormente, para saber si querían seguir como evaluadoras de la redacción final de la guía y se realizaron otras llamadas telefónicas a contactos recomendados, de las cuales solo una de las personas aceptó el compromiso de participación como juez externo, ya que dicho trabajo no tiene remuneración económica y si implica un aporte de conocimientos y tiempo, fue difícil tener más de tres jueces en este paso. Al ya saber quiénes participarían en la evaluación, se les envió un correo electrónico, el cual llevaba una carta con solicitud de evaluación externa de la versión final de la Guía de Práctica Clínica para Depresión en Niños y Adolescentes, la Guía de Práctica Clínica Sobre la Depresión en Niños y Adolescentes, y una encuesta de revisión por clínicos (Anexo 6). Se propuso que dichos documentos debían ser revisados y diligenciados con un tiempo no mayor a 15 días, para la posterior realización del análisis de concordancia. De esta forma, al cumplirse el tiempo establecido, dos de las jueces (Catalina Gómez Villamizar y Luz Carmen Maffiol Arias) enviaron vía correo electrónico diligenciada la encuesta de revisión por clínicos, mientras la otra juez (Diana Alejandra Vigoya), pidió que el grupo adaptador se acercara hasta las instalaciones de su sitio de trabajo para responder a ciertas preguntas y para realizar la encuesta en físico.

Después de haber obtenidos los datos por medio del instrumento de evaluación, se pasó a realizar el análisis de concordancia, para facilitar este proceso, se utilizó un formato de análisis de concordancia por índice de Kappa. Dicho procedimiento, se llevó a cabo de la siguiente manera: se contaron las respuestas positivas y negativas por categoría (confiabilidad y validez) de las encuestas emparentándolas de a parejas, siendo esto rotulado en un formato 2x2 como se muestra a continuación:

	Juez 2		
Juez 1	SI	NO	Marginal
SI			
NO			
Marginal			

Figura 1. Formato de análisis de concordancia

La calificación consiste en que si juez 1 contesto afirmativo en el ítem 1 y juez 2 contesto afirmativo en el ítem 1 se puntúa +1 en el recuadro si/si, al finalizar la calificación se divide la cantidad de respuestas de cada uno de los recuadros en la cantidad de preguntas que se calificaron, dando un valor aproximado de 1. A partir de esto se calcula el índice Kappa, el cual da un resultado entre -1 y 1, y a partir de este resultado se proporciona el análisis correspondiente. A continuación se presentan las tablas obtenidas y el respectivo análisis que se hizo de estas.

Tabla 1. Índice Kappa para confiabilidad Juez 1 y 2.Creación propia.

<b>Medidas de concordancia: el índice Kappa</b>				
<b>(Tabla 2 x 2)</b>				
		Observador 2		
Observador 1		SI	NO	Marginal
SI		<b>0,833</b>	<b>0,083</b>	0,916
NO		<b>0,083</b>	<b>0</b>	0,083
Marginal		0,916	0,083	0,999
<b>ACUERDO OBSERVADO</b>		0,83		
<b>ACUERDO ESPERADO</b>		0,8476		
ÍNDICE KAPPA		ERROR ESTÁNDAR		Fuerza de la concordancia
-0,091		2,444		(-4,881 , 4,700 ) Pobre

En la primera tabla se puede apreciar un nivel bastante bajo de concordancia entre la juez 1 y la juez dos, es de notar que se encuentra una correspondencia de un 83% aproximado pero en este caso se esperaba un 84% o mayor, resultados que se obtienen a través del proceso de cálculo del índice de kappa.

Tabla 2. Índice Kappa para confiabilidad Juez 2 y 3. Creación propia.

Medidas de concordancia: el índice Kappa (Tabla 2 x 2)			
	Observador 3		
Observador 2	SI	NO	Marginal
SI	0,833	0	0,833
NO	0,083	0,083	0,166
Marginal	0,916	0,083	0,999
ACUERDO OBSERVADO			
ACUERDO ESPERADO			
ÍNDICE KAPPA			
ERROR ESTÁNDAR			
I.C 95%			
Fuerza de la concordancia			
0,625	1,246	(-1,817 , 3,067 )	Buena

En la tabla 2, se observa una concordancia buena con un acuerdo de 92%, que es bastante alto, de esta manera se puede observar que los jueces 2 y 3 están altamente en acuerdo con respecto a la confiabilidad de la guía.

Tabla 3. Índice Kappa para confiabilidad Juez 1 y 3. Creación propia.

Medidas de concordancia: el índice Kappa (Tabla 2 x 2)			
	Observador 3		
Observador 1	SI	NO	Marginal
SI	0,917	0,083	1
NO	0	0	0
Marginal	0,917	0,083	1
ACUERDO OBSERVADO			
ACUERDO ESPERADO			
ÍNDICE KAPPA			
ERROR ESTÁNDAR			
I.C 95%			
Fuerza de la concordancia			
0,000	3,324	(-6,515 , 6,515 )	Pobre

En la tabla 3 se nota un caso similar al de la tabla 1, se encuentra un acuerdo bajo al esperado, dando una fuerza de concordancia pobre frente a la confiabilidad de la guía.

A partir de estos datos se pueden dar ciertas apreciaciones frente a la confiabilidad: Primero, las tres agrupaciones de los jueces nos permiten identificar que la juez 1 encuentra la confiabilidad de la guía pobre en comparación a las otras jueces, y que de una manera general la confiabilidad de la guía es moderada. Como segunda apreciación, teniendo en cuenta las recomendaciones dadas por las jueces en el formato de calificación, no se dio ninguna recomendación respecto al contenido de la guía, lo que lleva a pensar que la guía tienen un sustento teórico fuerte pero que aún falta sustento empírico que se da a través de su implementación y posible reforma a futuro.

Tabla 4. Índice Kappa para validez Juez 1 y 2. Creación propia.

# Medidas de concordancia: el índice Kappa

## (Tabla 2 x 2)

	Observador 2		
Observador 1	SI	NO	Marginal
SI	0,71	0,14	0,85
NO	0	0,14	0,14
Marginal	0,71	0,28	0,99

ACUERDO OBSERVADO	0,86
ACUERDO ESPERADO	0,6557

ÍNDICE KAPPA	ERROR ESTÁNDAR	I.C 95%	Fuerza de la concordancia
0,589	1,017	( -1,405 , 2,583 )	Moderada

En la tabla 4 se indica una concordancia moderada entre la juez 1 y 2, se afirma que entren en un acuerdo por encima de lo esperado en cuestiones de validez contextual de la guía.

Tabla 5. Índice Kappa para validez Juez 2 y 3. Creación propia.

Medidas de concordancia: el índice Kappa (Tabla 2 x 2)				
		Observador 3		
Observador 2		SI	NO	Marginal
SI		0,86	0	0,86
NO		0	0,14	0,14
Marginal		0,86	0,14	1
ACUERDO OBSERVADO		1,00		
ACUERDO ESPERADO		0,7592		
ÍNDICE KAPPA		ERROR ESTÁNDAR		I.C 95%
1,000		0,000		( 1,000 , 1,000 )
				Fuerza de la concordancia
				Muy buena

En la tabla 5 se muestra el análisis entre las jueces 2 y 3, se observa una concordancia con una fortaleza muy buena, lo que indica un acuerdo extremadamente alto con respecto al tema de validez.

Tabla 6. Índice Kappa para validez Juez 1 y 3. Creación propia.

# Medidas de concordancia: el índice Kappa

## (Tabla 2 x 2)

	Observador 3		
Observador 1	SI	NO	Marginal
SI	0,71	0	0,71
NO	0,14	0,14	0,28
Marginal	0,85	0,14	0,99

ACUERDO OBSERVADO	0,86
ACUERDO ESPERADO	0,6557

ÍNDICE KAPPA	ERROR ESTÁNDAR	I.C 95%	Fuerza de la concordancia
0,589	1,017	(-1,405 , 2,583 )	Moderada

En la tabla 6, se encuentra el análisis entre la juez 1 y la 3 en el cual se observa una vez más una concordancia moderada, lo que expresa que de una manera general todas las jueces concuerdan en la validez de la guía.

Se puede identificar de manera global que las jueces encuentran la guía válida con unos valores de concordancia muy buena. Tampoco se encontraron recomendaciones frente a este tema por parte de las jueces, por lo que se concluye que para la percepción de las jueces la guía es válida para la implementación en el contexto colombiano.

De una manera generalizada del análisis de concordancia, se estima que las jueces encontraron la utilidad de esta guía y en conjunto con las recomendaciones se concluye que en esta etapa no existen mayores modificaciones que puedan llevar a un mejoramiento de la guía actual.

### **Discusión**

La realización de este documento, se llevó a cabo paralelamente con la adaptación de una “Guía de Práctica Clínica sobre Depresión en Niños y Adolescentes”, la cual se basó en la “*Guía sobre Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia*”, del Ministerio de Sanidad y Política Social de Cataluña. Por lo tanto, se consideró pertinente seguir los pasos propuestos de la Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano, con el fin de generar una herramienta confiable para este contexto. Se consideró, para el equipo de trabajo pertinente realizar la adaptación y no empezar de cero gracias a la evaluación de las guías sobre la temática y la RSL, lo cual, explica de manera clara y específica cada uno de los pasos que se deben desarrollar para la construcción de una guía y con ello, la exactitud del procedimiento, brindando facilidad en el desarrollo de la misma y de interpretación de la información, siendo clara y concisa respecto a sus objetivos, teniendo en cuenta diferentes perspectivas, donde genera su validez de construcción. Esto es evidente en la evaluación externa de la versión final de la Guía de Atención Integral, como uno de los lineamientos a seguir en el proceso de adaptación de la GPC, siendo uno de los pasos fundamentales para darle valor de calidad en su implementación.



En relación con el tema a tratar “la depresión”, Glick & Yalom (1999), Andrews, Sanderson, Slade y Issadikis (2000) y Ferrel, F., Vélez, y Ferrel, L. (2014) mencionan que dicho trastorno tiene diferentes implicaciones tanto para el individuo, su familia y la sociedad. Por ejemplo, dentro de las implicaciones que más llama la atención corresponde a las autolesiones y los intentos de suicidio que pueden llevar hasta la muerte. Por lo que es pertinente relacionar la investigación realizada por la OMS (2016) la cual, reporta información relevante para la construcción teórica del documento donde más de 800.000 personas se suicidan cada año, lo que les lleva a estimar para el 2020 un ascenso del 1.5 millones de víctimas atenta contra su vida y en Colombia cerca del 50 % de los suicidas están intoxicados, sugiriendo que gran impacto de la depresión también está relacionado con el uso de sustancias psicoactivas, se encontró que el 50% de los suicidios se lleva a cabo a una edad promedio de 16 a 17 años, teniendo un 75% fácil acceso al método empleado, reflejado esto en en el 2003, 160 menores de edad murieron por suicidio, siendo el 86% mujeres (Pérez, Rodríguez, Dussán y Ayala, 2007).

A partir de lo expuesto anteriormente, es vital para el equipo de investigación tener en cuenta los aspectos contrastados que pueden incidir en el desarrollo de la problemática, desde una perspectiva global del problema, hasta una específica. Tomando como base el contexto de desarrollo de la población a tratar en la GPC, para realizar un procedimiento con calidad y que sea de gran ayuda para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de trastornos de depresión en niños y adolescentes, facilitando a las entidades de salud a realizar un buen desarrollo de su detección, ya que no se encuentra ninguna evidencia de una construcción de guías con factores de confiabilidad y validez en Colombia, lo que sustenta la razón de ser de la misma.

También se encontró que a nivel de Colombia, la ENSM (2015, p. 109) menciona que la *“prevalencia de movilización forzada a lo largo de la vida en la población adolescente por cualquier tipo de violencia es del 18,3 y el 13,2 % reportan haber sido movilizadas la última vez por violencia relacionada con el conflicto armado o inseguridad”*, y que eventos como los expuestos pueden ser interpretados como

eventos traumáticos, y que estos en el marco de vulnerabilidades representan un importante factor frente a el surgimiento de algún trastorno del estado de ánimo como la ansiedad y depresión, con las recomendaciones y apreciaciones dadas por los clínicos a lo largo del desarrollo de la guía, se puede decir que el proyecto de la adaptación de la “Guía de Práctica Clínica en niños y adolescentes” representa una valiosa herramienta en dicho contexto, contexto altamente influenciado por factores de vulnerabilidad y/o de riesgo, en el cual no se encuentra una herramienta que disponga de instrumentos para el tratamiento de la depresión en esta población.

Realizando una conclusión acerca del recorrido y los aportes que la investigación brindó a cada uno de los integrantes y para el contexto colombiano, se puede establecer que los conocimientos fueron constantes y la confirmación de teorías durante el desarrollo del proyecto, también que la visión de la depresión es amplia y sus daños generados durante los últimos años fueron omitidos, para lo cual se tiene como resultado la adaptación de una Guía de Práctica Clínica sobre depresión en niños y adolescentes la cual será implementada.

De acuerdo a esto, el trabajo de investigación desarrollado cumple con el objetivo principal de adaptar una guía de práctica clínica sobre depresión en niños y adolescentes para el contexto colombiano, basándose en evidencia empírica sobre los posibles efectos perjudiciales de la depresión en esta población.

Se realizó un análisis de las observaciones externas de la guía en el cual, se hicieron dos revisiones por parte de los jueces seleccionados de acuerdo a los parámetros de la GAI, con el fin de arrojar datos estadísticos y correcciones sobre la claridad de la información dada en la guía, en relación al análisis de concordancia se obtuvieron resultados de fortaleza moderada, para lo que se establece que hay aspectos a mejorar en la guía y por ende es necesario llevar su implementación, debido a que de esta depende que la obtención de datos mejore y así poder clarificar que ajustes se pueden desarrollar, para brindar un espacio a nuevas perspectivas sobre la temática y mejorar el contenido de la misma .

Para futuras guías es valioso tener en cuenta que el punto de partida siempre ha de ser tomar como base las necesidades de la población colombiana, ya que estas son dinámicas y específicas para la atención en niños y adolescentes con depresión, considerando como base principal tener en cuenta el desarrollo de la población a trabajar, según su contexto y los factores psicosociales como violencia intrafamiliar, conflicto armado, entre otros factores de riesgo ya mencionados anteriormente, ya que estos implican un posible desencadenante de trastornos emocionales como los mencionados por (Sandín, Valiente y Chorot, 2009). Siendo así un factor focal de atención en la sociedad en general, pero con mayor prevalencia en Colombia al no ser investigado a profundidad.

Ahora bien, es importante tener en cuenta para próximas investigaciones y creación de guías referentes al tema de depresión en niños y adolescentes, desarrollarlas desde un enfoque diferente al cognitivo-conductual, ya que como se mencionó en la guía, existen otros enfoques que también han mostrado efectividad y relevancia frente al tratamiento, seguimiento y detección de la depresión en niños y adolescentes, sería de gran relevancia realizar una visión a otras guías nacionales e internacionales, claramente desde el enfoque se busca efectuar y extraer los posibles conocimientos que aporten a la construcción del instrumentó que se desea llegar, ya sea de depresión u otros trastornos.

También, sería innovador para posteriores proyectos de investigación, definir desde que grado de la depresión se desea indagar, ya que como se conoce y se mencionó en la adaptación de la guía, el trastorno de la depresión tiene varios grados, los cuales también se pueden especificar, indagando acerca de cuál es el tipo de depresión que tiene mayor prevalencia en la población de niños y adolescentes en Colombia. Asimismo sería relevante que se tenga en cuenta la metodología de la GAI y la parte económica que señala, ya que sé podría establecer un proyecto más amplio y recurrir aportes de otras disciplinas como apoyo; que no se haya tomado no quiere decir que no sea importante, solo se decidió omitir este paso dentro de la investigación,

porque el propósito se desarrolla a partir de las necesidades con la que cuenta el centro psicosocial de la Universidad Piloto de Colombia y va direccionado a la parte cualitativa.

Para finalizar, también respecto a los lineamientos de la GAI, se encontró que de cierta manera para la creación o adaptación de una guía los pasos no son claros en algunos aspectos, en muchos casos parecían demasiado complejos para lo que era el resultado y se cree que es debido a la complejidad de la GAI, se enfoca mucho en un proyecto de grandes y deja de lado la guía para proyectos pequeños haciendo que estos encuentren muchos altibajos (como la evaluación económica, algunas veces poco relevante) con respecto al cumplimiento de la estandarización de la GAI.

## Referencias

- Abbott, M. (2012). *DEPRESIÓN: UNA CRISIS GLOBAL. DÍA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL 2012*. World Federation for Mental Health. Nueva Zelanda.
- Agudelo, D., Lucumí, L., & Santamaría, Y., (2008). Evaluación de la depresión en pacientes hospitalizados por distintas enfermedades médicas en la ciudad de Bucaramanga. *Revista Pensamiento Psicológico*, 4(10), 59-83.
- Almonte, C., Montt, M., & Correa, A. (2003). *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia*. Santiago, Chile: Mediterráneo.
- American Psychological Association. (2010). *APA Diccionario conciso de Psicología*. México: Editorial Manual Moderno.
- Bados, A., Greco, A., & Toribio, L. (2013). Eventos traumáticos en universitarios de psicología y sintomatología postraumática, de depresión, ansiedad y estrés en la actualidad. *Psicología Conductual*, 21(2), 303-319.
- Bagwell, C. B. (2006). Anxiety and Mood Disorders in Adolescents With Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal Of Emotional & Behavioral Disorders*, 14(3), 178-187.
- Beck, A. (1963). Thinking and Depression: I. Idiosyncratic Content and Cognitive Distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9(4) ,324-333
- Braet, C., Theuwis, L., Van Durme, K., Vandewalle, J., Vandevivere, E., & Wante, L. (2014). Emotion Regulation in Children with Emotional Problems. *Cogn Ther Res*, 493–504.
- Cámara, M., & Calvete, E. (2010). El papel de los esquemas disfuncionales tempranos y el afrontamiento en el desarrollo de síntomas de ansiedad y depresión. *Psicología Conductual*, 18(3), 491-509.
- Carrasquilla-Gutiérrez, G., Bossert, T., Quintero-Espinosa, J., Mieth-Alviar, K., Guerrero-Carvajal, R., Sánchez-Pedraza, R., & Hsiao, W. (2010). Guía Metodológica para

la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano. *Guía Metodológica para la elaboración de Guías Atención Integral en el Sistema General de Seguridad*. Bogotá, Cundinamarca, Colombia.

- Castro-Camacho, L., Escobar, J. M., Sáenz, M., Delgado-Barrera, C., Aparicio-Turbay, L., Molano, S., & Noguera, J. C. (2012). Salud mental en el hospital general: resultados del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ) en cuadro servicio de atención. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41, 61-85.
- Chan, S. (2012). Early Adolescent Depressive Mood: Direct and Indirect Effects of Attributional Styles and Coping. *Child Psychiatry & Human Development*, 43(3), 455-470.
- Colpsic (2016). Ética y Ejercicio de la Psicología en Colombia. *Colegio Colombiano de Psicología*. <http://www.colpsic.org.co/>
- Compas, B. S. (2004). Temperament, Stress Reactivity, and Coping: Implications for Depression in Childhood and Adolescence. *Journal Of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 33(1), 21-31.
- Cummings, M., Cheung, R. & Davies, P. (2013). Prospective Relations Between Parental Depression, Negative Expressiveness, Emotional Insecurity, and Children's Internalizing Symptoms. *Child Psychiatry Hum Dev*, 698–708.
- Díaz-Sotelo, Ó. D. (2014). Prevalencia de los diagnósticos de salud mental en Colombia: análisis de los registros del Sistema Integral de Información de la Protección Social – SISPRO. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 14(2), 65-74.
- Dekker, M. (2007). Developmental trajectories of depressive symptoms from early childhood to late adolescence: gender differences and adult outcome. *Journal Of Child Psychology & Psychiatry*, 48(7), 657-666.

- Duarté, Y., Torres, P., Spirito, A., Polanco, N., & Bernal, G. (2016). Development of a Treatment Protocol for Puerto Rican Adolescents with Suicidal Behaviors. *Psychotherapy*, 53(1), 45-556.
- Ferrel, F., Vélez, J., & Ferrel, L. (2014). Factores psicológicos en adolescentes escolarizados con bajo rendimiento académico, depresión y autoestima. *Revista Encuentros Universidad Autónoma del Caribe*, 12, 35-47.
- Gastó C., Vallejo J. (1990). *Trastornos Afectivos: Ansiedad y Depresión*. Barcelona: Masson.
- Gearing, R. (2013). The effectiveness of booster sessions in CBT treatment for child and adolescent mood and anxiety disorders. *Depression & Anxiety*, 30(9), 800-808.
- Glick, I., & Yalom, I. (1999). *Tratamiento de la Depresión*. Barcelona: Granica
- Gómez, C., Bohórquez, A., Pinto, D., Gil J.F.A., Rondón M., & Díaz, N. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16(6):378–86.
- Hinestrosa, M., Ospina, F., Paredes, M., Guzmán, Y., & Granados, C. (2011). Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. *Revista Salud Pública*, 13(6), 908-920.
- Hurtado, H., Sánchez, V., & Bedoya, L. (2011). Prevalencia de trastornos mentales en usuarios de consulta psicológica en una universidad colombiana. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 3(1), 1-14.
- Jacobson, N., Martell, C., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral Activation Treatment for Depression: Returning to Contextual Roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(3), 255-270
- Kanter, W., Cautilli, J., Busch, A., & Baruch, D. (2011). Toward a Comprehensive Functional Analysis of Depressive Behavior: Five Environmental Factors and a Possible Sixth and Seventh. *The International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(1), 5-14.

- Kaplar, T. (2009). Emergency Department Children and adolescents. *The Royal College of Psychiatrists*.
- Klein, D., & Kotov, R. (2016). Course of Depression in a 10-year Prospective Study: Evidence for Qualitatively Distinct Subgroups. *Journal of Abnormal Psychology*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/abn0000147>.
- Kovacs, M., (2014). Practitioner Review: Dysphoria and its regulation in child and adolescent depression. *Journal Of Child Psychology & Psychiatry*, 55(7), 741-757.
- Koyama, A., Matsushita, M., Ushijima, H., Jono, T., & Ikeda, M. (2014). Association between depression, examination-related stressors, and sense of coherence: The ronin-sei study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 441–447.
- Londoño, N., Marín, C., Juárez, F., Palacio, J., Muñoz, O., & Escobar, B. (2010). Factores De riesgo psicosociales Y ambientales asociados a trastornos mentales. *Suma Psicológica*, 17(1), 59-68.
- Lopez, N., Kuhlman, K., George, C., & Kovacs, M. (2013). Facial emotion expression recognition by children at familial risk for depression: high-risk boys are oversensitive to sadness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(5), 565–574.
- Magnus, C., & Jozefiak, T. (2012). A comparison between child psychiatric outpatients with AD/HD and anxiety/depression. *Nord J Psychiatry*, 396–402.
- Marisol, V., Salazar, J., & Correa, J. (2011). Evaluación de cambios en el nivel de depresión de usuarios de un programa de bienestar. *Journal of Public Health*, 13(4), 663-671.
- Martínez, M., García, J., & Inglés, C (2013). Relaciones entre ansiedad escolar, ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión en una muestra de adolescentes españoles. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(1), 47-64.



- Mathyssek, C., Olino, T., Hartman, C., Ormel, J., Verhulst, F., & Van Oort, F. (2013). Does the Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS) measure anxiety symptoms consistently across adolescence? The TRAILS study. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 27–35.
- McLaughlin, K. (2010). Childhood social environment, emotional reactivity to stress, and mood and anxiety disorders across the life course. *Depression & Anxiety*, 27(12), 1087-1094.
- MINSALUD. (2015). *Orientaciones para el desarrollo de las actividades de tamizaje en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas-PIC*. Bogotá D.C: Dirección de Promoción y Prevención.
- Morris, M., Ciesla, J., & Garber, J. (2008). A prospective study of the cognitive-stress model of depressive symptoms in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol 117(4), 719-734.
- OMS. (2016). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (9 de Octubre de 2012). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de [http://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1047:di-a-mundial-salud-mental-depresion-es-trastorno-mental-mas-frecuente-&Itemid=236](http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1047:di-a-mundial-salud-mental-depresion-es-trastorno-mental-mas-frecuente-&Itemid=236).
- Osman, A. (2010). Reynolds adolescent depression scale-second edition: a reliable and useful instrument. *Journal Of Clinical Psychology*, 66(12), 1324-11345.
- Otalvaro, L. E. O., & Ocampo, E. (2007). Análisis correlacional del cuestionario de depresión Estado/Rasgo con una muestra de adolescentes y universitarios de la ciudad de Medellín (Colombia). *Psicología Desde El Caribe*, 20.
- Peñate, W., Bello, R., García, A., Rovella, A., & del Pino-Sedeño, T. (2014). Características psicométricas del Cuestionario Básico de Depresión en una muestra de adolescentes. *Anales de psicología*, 30(1), 143-149.

- Pérez, I., Rodríguez, E., Dussán, M., Ayala, J. (2007). Caracterización Psiquiátrica y Social del Intento Suicida Atendido en una Clínica Infantil, 2003-2005. (Spanish). *Revista de Salud Pública* [serial on line]. 9(2), 230-240. Available from: MedicLatina, Ipswich, MA. Accessed October 13, 2016.
- Posada. J., Aguilar, S., Magaña, C. & Gómez, L. (2004). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del estudio nacional de salud mental. Colombia, *Revista colombiana de Psiquiatría*, 33 (3), 241-262.
- Possel, P., & Winkeljohn Black, S. (2014). Testing Three Different Sequential Mediation Interpretations of Beck's Cognitive Model of the Development of Depression. *Journal Of Clinical Psychology*, 70(1), 72–94.
- Price, R., Rosen, D., Siegle, G., Ladouceur, C., Tang, K., Kristy, B., Ryan, N.; Dahl, R.; Forbes, E.; & Silk, J. (2016). From anxious youth to depressed adolescents: Prospective prediction of 2 year depression symptoms via attentional bias measures. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(2), 267-278.
- Ramírez, L. (2007). Validación convergente de la narrativa prototipo de la depresión en un grupo de adolescentes y uno de adultos intermedios y tardíos en Bucaramanga. *Revista Pensamiento Psicológico*, 3(8), 75-84.
- RCN-radio (2016). *Noticia* Incrementan cifras de maltrato infantil en Colombia. <http://www.rcnradio.com/nacional/incrementan-cifras-maltrato-infantil-colombia/>
- Sánchez, Ó., Méndez, F., & Garber, J. (2014). Prevención De La Depresión En Niños Y Adolescentes: Revisión Y Reflexión Prevention of depression in Children and adolescents: *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*, 19 (1), 63-7.
- Sandín, B., Valiente, R., & Chorot, P. (2009). RCADS: Evaluación de los síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión en niños y adolescentes /RCADS: Assessment of anxiety and depressive disorder symptoms in children and adolescents. *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(3), 193-206.
- Saraceno, L. M. (2012). The relationship between childhood depressive symptoms and problem alcohol use in early adolescence: findings from a large longitudinal population-based study. *Magazine Addiction*, 107(3), 567-577.

- Shaffer, D. (2002). *The Many Faces of Depression in Children and Adolescents*. Washington, DC: Oldham JM and Riba MB.
- Thomas C., P., & Méndez de Thomas, Z. (1979). *Psicología del niño y aprendizaje*. San José, Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia.
- Tjora, T. S. (2014). The association between smoking and depression from adolescence to adulthood. *Magazine Addiction*, 109(6), 1022-1030.
- Urrego B., Y., Quintero, A., & Manrique, J. (1ra Ed.) (2016). Caracterización de adolescentes con conductas suicidas a través de redes sociales; Facebook, Foros y Open-blogs. En *Avances de Investigación en Salud a lo largo del Ciclo Vital*, (pp. 77-86). España: ASUNIVEP.
- Vargas, O., Lemos, M., Toro, B., & Londoño, N. (2008). Prevalencia de trastornos mentales en estudiantes universitarios usuarios del servicio de Psicología. *Revista International Journal of Psychological Research*, 1(2), 21-30.
- Vázquez, C., Hervás, G., Hernangómez, L., & Romero, N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y una nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Revista de Psicología Conductual, Behavioral Psychology*, 18(1), 139-165.
- Zhao, Q., Li, X., Zhao, J., Zhao, G., & Stanton, B. (2014). Predictors of Depressive Symptoms Among Children Affected by HIV in Rural China: A 3-Year Longitudinal Study. *Magazine J Child Fam Stud*, 1193–1200.

## ANEXOS

### Anexo #1. Matriz de priorización de temas para GPC.

Matriz de priorización de temas para GPC				
		Relevancia del tema		
		Alta	Media	Baja
Impacto de la guía	Alta	A1	B1	C1
	Bajo	A2	B2	C2

**Anexo #2. Herramienta 6. DELBI (Versión corta).**

<b>HERRAMIENTA 6. DELBI (Versión corta)</b>					
<b>Domain 1. Scope and purpose</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>1</b>	The overall objective of the guideline is specifically described.				
<b>2</b>	The clinical questions / problems addressed by the guideline are specifically described.				
<b>3</b>	The patients to whom the guideline is meant to apply are specifically described.				
<b>Domain 2. Stakeholder involvement</b>					
<b>1</b>	The guideline development group includes members from all relevant professional groups.				
<b>2</b>	The patient's views and preferences have been sought.				
<b>3</b>	The target users of the guideline are clearly described.				
<b>4</b>	The guideline has been piloted among target group members.				
<b>Domain 3. Methodological rigor of development</b>					
<b>1</b>	Systematic methods were used to search for evidence.				
<b>2</b>	The criteria for selecting the evidence are clearly described.				
<b>3</b>	The methods used for formulating the recommendations are clearly described.				

4	Health benefits, side effects and risks have been considered in formulating the recommendations.				
5	There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence.				
6	The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication.				
7	A procedure for updating the guideline is provided.				
<b>Domain 4. Clarity and presentation</b>					
1	The recommendations of the guideline are specific and unambiguous.				
2	The different options for the management of the condition are clearly presented.				
3	Key recommendations of the guideline are easily identifiable.				
4	The guideline is supported with tools and / or materials for application.				
<b>Domain 5. General applicability</b>					
1	The potential organizational barriers in applying the recommendations have been discussed.				
2	The potential cost implications of applying the recommendations of the guideline have been considered.				
3	The guideline presents key review criteria for monitoring and / or audit				

	purposes.				
<b>Domain 6: Editorial independence</b>					
<b>1</b>	The guideline is editorially independent of the funding organization(s).				
<b>2</b>	Conflicts of interest of the members of the guideline development group have been recorded.				
<b>Domain 7: Applicability to the country healthcare system</b>					
<b>1</b>	There are recommendations for preventive, diagnostic, therapeutic and rehabilitative measures in different areas of care				
<b>2</b>	There is information as to which measures seem to be unsuitable, redundant or outdated.				
<b>3</b>	The clinical information of the guideline is organized in such a way as to ensure that the process of clinical decision-making is systematically presented and easily understandable.				
<b>4</b>	A strategy / concept for the easy accessibility and dissemination of the guideline are presented.				
<b>5</b>	A concept for implementing the guideline is described.				
<b>6</b>	The guideline is supplemented by a description of the methods used (guideline report).				
<b>Domain 8. Methodological rigour of</b>					

<b>development when using existing guidelines</b>					
<b>1</b>	Systematic methods were used to search for existing guidelines.				
<b>2</b>	The criteria for selecting guidelines as a source of evidence (so-called source guidelines) are transparently and explicitly described.				
<b>3</b>	The quality of the source guidelines was reviewed.				
<b>4</b>	The evidence base of the source guidelines was complemented by systematic update searches of primary evidence.				
<b>5</b>	All modifications to the recommendations of the source guidelines are clearly specified and accounted for.				
<b>Rating 1. Strongly disagree</b>					
<b>Rating 4. Strongly agree</b>					
	<b>TOTAL</b>				



### ANEXO #3. Herramienta

HERRAMIENTA 7. Instrumento GLIA (Guide Line Implementability Appraisal)		
Instrumento		Dominios
1.	Decidabilidad	¿Bajo qué circunstancias hacer algo?
2.	Ejecutabilidad	¿Qué hacer bajo alguna circunstancia definida?
3.	Efectos en el proceso del cuidado	El grado en el cual la recomendación impacta al usual flujograma en una situación especial de cuidado.
4.	Presentación y formato	El grado en el cual la recomendación es fácilmente reconocible y sucinta.
5.	Resultados medibles	El grado en el cual una recomendación identifica marcadores o resultados finales para evaluar los efectos de la implementación de su recomendación.
6.	Validez aparente	El grado en el cual la recomendación refleja la intención del desarrollador y la fuerza de la evidencia
7.	Novedad/Innovación	El grado en el cual la recomendación propone comportamientos considerados poco convencionales por los clínicos o los pacientes.
8.	Flexibilidad	El grado en el cual la recomendación permite interpretaciones y alternativas para su ejecución.
9.	Computabilidad	La facilidad con la cual una recomendación puede ser operacionalizada en un sistema de información electrónica.

Opciones de respuesta	
S	La recomendación responde a este criterio plenamente.
N	La recomendación NO se ajusta a este criterio.
?	El evaluador no está en condiciones de abordar esta pregunta debido a insuficiente conocimiento o experticia en el tema.
N/A	El criterio no se aplica a esta recomendación.

Consideraciones globales		
	Respuestas	Observaciones
1. ¿La organización(es) y autor(es) quienes desarrollaron la guía tienen credibilidad con los posibles usuarios?		
2. ¿La población de pacientes elegibles está claramente definida por la guía?		
3. ¿El documento de la guía sugiere posibles estrategias para su diseminación e implementación?		
4. ¿Está la guía soportada con herramientas para aplicación, es decir, tiene un documento resumen, una guía de referencia rápida, herramientas educativas, panfletos para pacientes, recursos en línea o programas de computadores?		
5. ¿Existe alguna recomendación en la guía considerada más importante que otras, la presentación o formato reflejan esto?		
6. ¿Es clara la secuencia de recomendaciones que deben ser aplicadas?		
7. ¿Es la guía consistente internamente, es decir, sin contradicciones entre recomendaciones o entre recomendaciones de texto o flujogramas, resúmenes, materiales de educación de pacientes, entre otras?		

Decidibilidad (precisar bajo qué circunstancias hacer algo)					
	R1	R2	R3	R4	Observaciones
8. ¿Podría el público de la guía determinar consistentemente si cada condición en la recomendación ha sido aceptada satisfactoriamente? Esto es, si todas y cada una de las condiciones son descritas con claridad para que los profesionales estén de acuerdo cuándo deba aplicarse la recomendación.					
9. ¿Están representadas todas las combinaciones de las condiciones, es decir la recomendación es comprensible?					
10. Si hay más de una condición en la recomendación, ¿Las relaciones lógicas (ANDs y Ors) entre todas las condiciones son claras?					

Ejecutabilidad (exactamente qué hacer bajo circunstancias definidas)					
	R1	R2	R3	R4	Observaciones
11. ¿La acción recomendada es específica y sin ambigüedad? ¿El público podría ejecutar la acción de forma coherente? En las situaciones en que dos o más opciones se ofrecen, este criterio se cumple si el usuario selecciona sólo una de las acciones ofrecidas.					
12. ¿Se provee suficiente detalle o referencias acerca de cómo hacerlo, para que la audiencia desarrolle las acciones recomendadas, de acuerdo con sus conocimientos y habilidades?					

Efectos en el proceso del cuidado (el grado con el cual la recomendación impacta la práctica usual en el manejo)					
	R1	R2	R3	R4	Observaciones
13. ¿La recomendación puede ser llevada a cabo por los actuales usuarios (no los desarrolladores) sin sustanciales aumentos en tiempo, equipo, personal, etc?					
14. ¿Puede la recomendación ser llevada a cabo sin el compromiso pleno del proveedor? Por ejemplo, la compra e instalación de equipos costosos, para cumplir con la recomendación, no es finalmente reversible.					

Presentación y formato (el grado con el cual la recomendación es fácilmente reconocible y explícita)					
	R1	R2	R3	R4	Observaciones
15. ¿La recomendación es fácilmente identificable, es decir, resumida en un cuadro, en negrita, subrayada, presentada como un algoritmo, etc?					
16. ¿La recomendación es concisa?					

## Continuación HERRAMIENTA 7 Instrumento GLIA (Guide Line Implementability Appraisal)

Resultados medibles (el grado con el cual una recomendación identifica marcadores o resultados finales para evaluar los efectos de la implementación de su recomendación)					
	R1	R2	R3	R4	Observaciones
17. ¿Pueden los criterios extraídos de la guía, permitir la medición de la adherencia a su recomendación? La medida de la adherencia requiere la atención de las acciones desarrolladas y la apropiación de las circunstancias bajo las cuales son desarrolladas.					
18. ¿Pueden los criterios extraídos de la guía, permitir la medición de los resultados de la recomendación?					
Validez aparente (el grado con el cual la recomendación refleja la intención del desarrollador y la fuerza de la evidencial)					
	R1	R2	R3	R4	Observaciones
19. ¿La justificación de la recomendación es señalada explícitamente?					
20. ¿La calidad de la evidencia que soporta la recomendación es señalada explícitamente?					
Novedad/Innovación (el grado con el cual la recomendación propone comportamientos considerados poco convencionales por los clínicos o los pacientes)					
	R1	R2	R3	R4	Observaciones
21. ¿Puede la recomendación ser desarrollada por los potenciales usuarios de la guía, sin la adquisición de nuevas competencias (conocimientos, habilidades)?					
22. ¿Es compatible la recomendación con actitudes existentes y creencias de los potenciales usuarios de la guía?					
23. ¿Es la recomendación consistente con las expectativas de los pacientes? En general, los pacientes esperan que sus problemas sean tomados seriamente, que los beneficios de las intervenciones excedan los riesgos y que los efectos adversos estén en un rango aceptable.					
Flexibilidad (el grado con el cual la recomendación permite interpretaciones y alternativas para su ejecución.)					
	R1	R2	R3	R4	Observaciones
24. ¿La recomendación especifica características de los pacientes o de la práctica (clínica y no-clínica) que requiere (permite) individualización? Por ejemplo, angioplastia inmediata y RMN pueden no ser disponibles en todos los sitios.					
25. ¿La recomendación considera terapia farmacológica coincidente y condiciones de comorbilidad comunes?					
26. ¿Hay una declaración explícita por el desarrollador de la guía que manifieste la fuerza de la recomendación? Nota: Hay diferencia entre calidad de la evidencia (pregunta 20) y fuerza de la recomendación. Declaraciones potenciales que satisfagan este criterio podrían incluir "fuerza de la recomendación", "Standard", "Opción clínica", entre otras.					
27. Si las preferencias de los pacientes están consideradas, ¿la recomendación propone mecanismos sobre cómo serán incorporadas?					

Computabilidad* (el grado con el cual las recomendaciones se pueden operacionalizar en un sistema de información electrónico)					
	R1	R2	R3	R4	Observaciones
28. ¿Están disponibles electrónicamente todos los datos necesarios del paciente en el sistema en el que ha de implementarse cada recomendación?					
29. ¿Está definida cada condición de la recomendación con el nivel de especificidad adecuado para la implementación electrónica?					
30. ¿Está definida cada acción recomendada con el nivel de especificidad adecuado para la implementación electrónica?					
31. ¿Están claros los mecanismos a través de los cuales una acción recomendada se puede ejecutar en un entorno electrónico, por ejemplo, la creación de una receta médica, una orden médica, una remisión, la creación de una notificación por correo electrónico, o mostrar un cuadro de diálogo?					

\* Este dominio sólo se aplica cuando está prevista una aplicación electrónica para un escenario particular.

Fuente: Shiffman RN, y colaboradores 2005, Traducción Giancarlo Buitrago, MD, MSc).

**Anexo # 4. Formato de evaluación de Alcances y Objetivos.****UNIVERSIDAD PILOTO DE COLOMBIA****FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS – PROGRAMA DE PSICOLOGÍA****FORMATO DE VALIDACIÓN POR JUECES****NOMBRE EVALUADOR:** \_\_\_\_\_**PROFESIÓN:** \_\_\_\_\_**Fecha:** \_\_\_\_\_**INSTRUCCIONES**

**SEÑOR EVALUADOR:** a continuación encontrará una serie de criterios mediante los cuales podrá valorar los alcances, aportes y limitaciones de los objetivos de nuestra investigación (Anexo 1). Por favor marcar con una (X) en el ESPACIO correspondiente en la tabla de valoración, según la evaluación que le haga a los objetivos planteados. Sus observaciones generales puede hacerlas al final de la evaluación, a continuación encontrará los criterios a tener en cuenta:

**Pertinencia:** se refiere a la adecuación del contenido del objetivo, según el propósito de la investigación, evalúe el contenido así:

- **Esencial (E):** el objetivo cumple con las necesidades del sistema de salud colombiano y definitivamente debe ir como objetivo primario.
- **Útil pero no esencial (U):** el objetivo cumple con los aspectos de la investigación, sin embargo el objetivo es útil pero no esencial para los propósitos de la investigación. El objetivo podría obviarse para la versión final de la prueba.

- No es necesario **(NN)**: el objetivo no cumple con la necesidad de la investigación o con una falencia frente a la problemática del país.

**Estructura:** se refiere a la adecuación de la estructura interna, según el objetivo propuesto, el grado de coherencia y claridad del contenido del objetivo, sin embargo su contenido es esencial para la problemática, la reflexión si el objetivo es comprensible para la población en la cual se quiere cubrir una necesidad, por favor marque:


- Adecuado **(A)**: el objetivo sigue los parámetros de la investigación y proporciona respuestas a una necesidad del país.
- No adecuado **(NA)**: el objetivo es confuso e incoherente y/o no responde a las necesidades del país.

### VALORACIÓN DEL OBJETIVO Y ALCANCE DE LA GUÍA

OBJETIVOS Y ALCANCE	PERTINENCIA			ESTRUCTURA		OBSERVACIONES
	E	U	NN	A	NA	
Objetivo general						
Objetivo específico 1						
Objetivo específico 2						
Objetivo específico 3						
Alcance						

**Señor evaluador:** por favor registre sus observaciones generales con respecto a la investigación, en el siguiente espacio.

**Observaciones:**



Señor evaluador: su labor es muy importante para el proceso de estructuración de nuestra investigación, la fase de valoración por jueces expertos nos permite ofrecer una investigación pertinente, teniendo en cuenta las observaciones realizadas; este es un ejercicio académico que fortalece nuestra formación, en el uso y desarrollo de la investigación, agradecemos su participación y sus adecuadas observaciones para el proceso.

---

Firma Evaluador

## **Anexo # 5. Preguntas Clínicas.**

### ***Factores de riesgo y evaluación de la depresión mayor en el niño y adolescente.***

- ¿Cuáles son los factores de riesgo de depresión en niños y adolescentes?
- ¿Cuáles son las escalas más utilizadas en la evaluación de la depresión en niños y adolescentes?
- ¿El cribado de la depresión en niños y adolescentes mejora los resultados a largo plazo?

### ***Tratamiento de la depresión mayor.***

- ¿Cuál es la eficacia de los diferentes tipos de psicoterapia en el tratamiento de la depresión del niño y adolescente?
- ¿Hay algún tipo de psicoterapia más efectiva que otra según el grado de gravedad de la depresión?

### ***Tratamiento combinado y estrategias en la depresión resistente.***

- ¿Cuál es el papel del tratamiento combinado en la depresión del niño y del adolescente?
- ¿Qué estrategias pueden seguirse en la depresión resistente?

### ***Otras intervenciones terapéuticas.***

- ¿Es efectivo el ejercicio físico en la reducción de los síntomas de los niños y adolescentes con depresión?



- ¿Son efectivas las técnicas de autoayuda y otros tratamientos alternativos en la depresión del niño y del adolescente?
- ¿Son efectivas las intervenciones en el ámbito familiar, social y del entorno?

***El suicidio en el niño y adolescente.***

- ¿Cuáles son los factores de riesgo de suicidio en niños y adolescentes?
- ¿Cuáles son los aspectos fundamentales del tratamiento de la ideación y de la conducta suicida?
- ¿Qué intervenciones son eficaces para la prevención de la conducta suicida en niños y adolescentes con depresión?

Indicadores de calidad

- ¿Qué indicadores permiten monitorizar la calidad en el manejo de la depresión mayor en niños y adolescentes?

## Anexo # 6. Formato de revisión externa

### PROCESO DE REVISIÓN

#### Encuesta de retroalimentación por clínicos

**Nombre Completo:** \_\_\_\_\_

**Datos de contacto**

**Correo:** \_\_\_\_\_ **Teléfono(s):** \_\_\_\_\_

Señor(a) evaluador, a continuación se le presentará una serie de criterios bajo los cuales usted evaluará la Guía de Práctica Clínica de Depresión en Niños y Adolescentes, para cada ítem, por favor señale la respuesta que mejor refleje su opinión frente a este criterio.

Criterio	Opinión	
	En acuerdo	En desacuerdo
Es claro el motivo por el cual se realiza la guía		
¿Existe la necesidad para desarrollar una GPC sobre el tema?		
La búsqueda de la literatura es relevante y completa		
La metodología usada en la construcción de la guía es adecuada		
Los resultados de los ensayos clínicos descritos en este borrador de GPC se encuentran interpretados conforme a mi entendimiento de los datos		
Las recomendaciones del borrador de GPC son claras		
Hay consistencia frente a las recomendaciones y la realidad empírica		
Las recomendaciones son adecuadas para los pacientes para quienes han sido desarrolladas		

Las recomendaciones son muy rígidas para ser aplicadas a pacientes individuales		
Cuando se apliquen, las recomendaciones producirán más beneficio que daño		
La GPC borrador presenta opciones aceptables para los pacientes		
Para aplicar las recomendaciones se no se requiere de la reorganización de los servicios en la práctica clínica		
Aplicar las recomendaciones conlleva un reto técnico		
Las recomendaciones son viables para aplicar		
Es muy probable que las recomendaciones estén soportadas por la mayoría de los expertos en el campo clínico		
El efecto esperado en los pacientes será concordante con lo que se propone		
Las recomendaciones reflejan un abordaje más efectivo para mejorar los resultados en los pacientes que la práctica común actual		
Cuando se apliquen, las recomendaciones producirán un mejor uso de recursos comparados con la práctica común actual		
Las recomendaciones son adecuadas para los pacientes en el determinado contexto que se propone en la guía		

**COMENTARIOS Y OBSERVACIONES**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Firma del Evaluador**

**Anexo # 7. Guía de práctica Clínica para depresión en niños y adolescentes.**

**Guía de Práctica Clínica Sobre la Depresión en Niños y Adolescentes<sup>1</sup>.**



**Universidad Piloto de Colombia**

**Facultad de Psicología**

---

<sup>1</sup> Adaptación de Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t N° 2007/09. ISBN: 978-84-95463-66-1

## **Autoría y Colaboraciones**

Grupo de trabajo de la GPC sobre la Depresión en niños y adolescentes.

**Diana Cecilia Medellín Castro.** Estudiante en formación en Psicología de La Universidad Piloto de Colombia.

**Pablo Alexander Orjuela Chitiva.** Estudiante en formación en Psicología La Universidad Piloto de Colombia.

**Jessica Julieth Tuta Roa.** Estudiante en formación en Psicología La Universidad Piloto de Colombia.

Coordinación

**Diana Paola Pulido Castelblanco.** (Mg) Magíster en Psicología Clínica. Coordinadora Centro Psicosocial, Programa de Psicología, Universidad Piloto de Colombia.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>Presentación .....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>Preguntas para responder .....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>Resumen de las recomendaciones .....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b><u>1.</u>Introducción.....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
1.1. Prevalencia e incidencia .....	¡Error! Marcador no definido.
1.2. Repercusiones de la depresión .....	¡Error! Marcador no definido.
<b>2. Alcance y objetivos .....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b><u>2.1.</u>Objetivo general .....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b><u>2.2.</u>Objetivos específicos.....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b><u>3.</u>Metodología.....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
3.1. Participantes .....	¡Error! Marcador no definido.
3.2. Protocolo Metodológico .....	¡Error! Marcador no definido.
3.2.1. Formulación de las preguntas clínicas. ....	¡Error! Marcador no definido.
3.2.2. Búsqueda preliminar de información científica y selección de GPC.¡Error! Marcador no definido.	
3.2.3. Procedimiento.....	¡Error! Marcador no definido.
3.2.4. Localización y selección de estudios. ....	¡Error! Marcador no definido.
3.2.5. Extracción de los datos.....	¡Error! Marcador no definido.
3.2.6. Síntesis e interpretación de los resultados. ....	¡Error! Marcador no definido.
<b>4. Definición, diagnóstico clínico y criterios diagnósticos.....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
4.1. Definición.....	¡Error! Marcador no definido.
4.2. Diagnóstico clínico de la depresión .....	¡Error! Marcador no definido.
4.3 Criterios diagnósticos .....	¡Error! Marcador no definido.
4.3.1 Comorbilidad.....	¡Error! Marcador no definido.

<b>5. Factores de riesgo y evaluación de la depresión .....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
5.1 Factores de riesgo.....	¡Error! Marcador no definido.
5.1.1. Factores familiares y del entorno. ....	¡Error! Marcador no definido.
5.1.2. Factores individuales.....	¡Error! Marcador no definido.
5.2 Evaluación .....	¡Error! Marcador no definido.
5.2.1 Métodos de evaluación.....	¡Error! Marcador no definido.
5.2.2. Cribado de la depresión. ....	¡Error! Marcador no definido.
<b>6. Tratamiento de la depresión.....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
6.1. Psicoterapia .....	¡Error! Marcador no definido.
6.1.1. Terapia cognitivo-conductual.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
6.1.2 Terapia interpersonal.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
6.1.3 Terapia psicodinámica individual. ....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
6.1.4. Terapia familiar. ....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
6.1.5. Prevención de recaídas. ....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>7. Otras intervenciones terapéuticas.....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
7.1 Técnicas de autoayuda .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
7.1.1 Biblioterapia y utilización de material de autoayuda. ....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
7.1.2 Otras técnicas o intervenciones. ....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
7.2 Ejercicio físico.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
7.3 Intervenciones familiares, sociales y del entorno.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>8. El suicidio en la infancia y en la adolescencia.....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
8.1 Suicidio: conceptualización.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
8.2. Epidemiología del suicidio.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
8.3 Factores individuales .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>



8.4 Factores psicológicos .....	¡Error! Marcador no definido.
<b>9. Aspectos legales en Colombia</b> .....	¡Error! Marcador no definido.
9.1. Consentimiento informado y Ley 1090/2006.....	¡Error! Marcador no definido.
9.1.1. ¿Con el consentimiento informado de solo uno de los padres se pueden realizar evaluaciones o intervenciones psicológicas a un menor de edad? ¡Error! Marcador no definido.	
9.1.2. La ley 1090 de 2006. ....	¡Error! Marcador no definido.
<b>10. Estrategias diagnósticas y terapéuticas</b> .....	¡Error! Marcador no definido.7
<b>11. Difusión e implementación.</b> .....	¡Error! Marcador no definido.60
<b>12. Recomendaciones de investigación futura.</b> .....	¡Error! Marcador no definido.1
<b>Referencias</b> .....	¡Error! Marcador no definido.4
<b>ANEXOS</b> .....	¡Error! Marcador no definido.8
<b>Anexo 1. Tabla de conflicto de intereses</b> .....	¡Error! Marcador no definido.8

## **Presentación**

Al realizar la adaptación de una guía de práctica clínica sobre depresión en niños y adolescentes, se busca disminuir la variabilidad clínica injustificada, ayudando a tomar las decisiones más adecuadas basadas en el mejor conocimiento existente, siendo esto una prioridad para el Centro Psicosocial de la Universidad Piloto de Colombia. Es por ello que se realiza una búsqueda importante, de guías existentes que puedan facilitar la toma de decisiones en el contexto terapéutico, a partir de lo cual se decide realizar la adaptación de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia, cuya referencia es: “Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia; 2009. ISBN: 978-84-95463-66-1”. Para realizar la adaptación de dicha guía, se decidió seguir la metodología planteada por la Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral; la cual fue desarrollada por el Ministerio de Protección Social de la República de Colombia, junto con el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación -COLCIENCIAS-, el Centro de Estudios e Investigación en Salud-Fundación Santa Fe de Bogotá-, el Sistema General de Seguridad Social en Salud-Protege a tu familia- y el programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Prestación de Servicios de Salud, en el 2010. Con esta GPC se pretende generar una atención de mayor calidad a los pacientes con depresión y a sus familias, brindándoles a los profesionales de la salud un instrumento útil que genere respuestas a los interrogantes básicos en forma de recomendaciones elaboradas de manera sistemática y con la mejor evidencia disponible.

## Preguntas para responder

### Factores de riesgo y evaluación de la depresión mayor en el niño y adolescente

- ¿Cuáles son los factores de riesgo de depresión en niños y adolescentes?
- ¿Cuáles son las escalas más utilizadas en la evaluación de la depresión en niños y adolescentes?
- ¿El cribado<sup>2</sup> de la depresión en niños y adolescentes mejora los resultados a largo plazo?

### Tratamiento de la depresión mayor

- ¿Cuál es la eficacia de los diferentes tipos de psicoterapia en el tratamiento de la depresión del niño y adolescente?
- ¿Hay algún tipo de psicoterapia más efectiva que otra según el grado de gravedad de la depresión?

### Tratamiento combinado y estrategias en la depresión resistente

- ¿Cuál es el papel del tratamiento combinado en la depresión del niño y del adolescente?
- ¿Qué estrategias pueden seguirse en la depresión resistente?

### Otras intervenciones terapéuticas

- ¿Es efectivo el ejercicio físico en la reducción de los síntomas de los niños y adolescentes con depresión?
- ¿Son efectivas las técnicas de autoayuda y otros tratamientos alternativos en la depresión del niño y del adolescente?
- ¿Son efectivas las intervenciones en el ámbito familiar, social y del entorno?

### El suicidio en el niño y adolescente

- ¿Cuáles son los factores de riesgo de suicidio en niños y adolescentes?
- ¿Cuáles son los aspectos fundamentales del tratamiento de la ideación y de la conducta suicida?

---

<sup>2</sup> Se entiende como cribado el proceso de detección sistemática de una enfermedad de una manera temprana dentro de una comunidad que, de alguna manera ha registrado síntomas comorbidos a esta y cuya detección pueda ser posible dentro de la etapa presintomática, es también conocido como *screening*.

- ¿Qué intervenciones son eficaces para la prevención de la conducta suicida en niños y adolescentes con depresión?

#### **Indicadores de calidad**

- ¿Qué indicadores permiten monitorizar la calidad en el manejo de la depresión mayor en niños y adolescentes?

## **Resumen de las recomendaciones**

### **Factores de riesgo y evaluación de la depresión mayor**

- Ante un niño o adolescente que ha sufrido un evento vital estresante, en ausencia de otros factores de riesgo, los profesionales de atención primaria deberían realizar un seguimiento y fomentar la normalización de la vida cotidiana.
- Toda evaluación de salud mental de un niño o adolescente debería incluir de forma rutinaria preguntas acerca de síntomas depresivos.
- El diagnóstico de depresión debe realizarse mediante entrevista clínica. los cuestionarios por sí solos no permiten la realización de un diagnóstico individual.
- No se recomienda realizar cribado de depresión en niños ni en adolescentes de la población general, debido a la inexistencia de estudios que evalúen la efectividad del cribado.
- Se deberá realizar una búsqueda activa de sintomatología depresiva en aquellos niños y adolescentes que presenten factores de riesgo, preguntando sobre los síntomas y los problemas actuales de forma independiente, tanto a ellos como a sus padres.
- En adolescentes, se recomienda la utilización de cuestionarios autoaplicados y validados en nuestro entorno que permitan una detección precoz de síntomas depresivos. No obstante, no debe olvidarse que para un diagnóstico completo es necesario realizar una entrevista clínica.

### **Tratamiento de la depresión**

- El tratamiento de la depresión en la infancia y en la adolescencia debería ser integral, y abarcar todas aquellas intervenciones psicoterapéuticas y/o psicosociales que puedan mejorar su bienestar y capacidad funcional.
- El manejo de la depresión debería incluir siempre cuidados clínicos estándar, entendiendo como tales, psicoeducación, apoyo individual y familiar, técnicas de resolución de problemas,

coordinación con otros profesionales, atención a otras comorbilidades y monitorización regular del estado mental.

- Independientemente de la terapia utilizada, habría que conseguir siempre una alianza terapéutica sólida y utilizar técnicas específicas para la infancia y adolescencia, así como contar con los padres como parte fundamental del proceso terapéutico.

### **Estrategias en la depresión resistente.**

- Cuando el paciente no mejore tras una terapia psicológica, se ha de verificar que se haya administrado el tiempo y el número de sesiones adecuados.

### **Otras intervenciones terapéuticas.**

- Se recomienda que todos los profesionales sanitarios involucrados en el manejo de la depresión del niño o el adolescente dispongan de una adecuada formación que les permita aconsejar sobre todas aquellas formas de autoayuda potencialmente útiles para los pacientes, sus padres o cuidadores.
- la recomendación de intervenciones de autoayuda deberían formar parte de una estrategia integral de tratamiento.
- Se recomienda ofrecer información sobre las ventajas de la realización de ejercicio físico de forma regular a aquellos niños o jóvenes con depresión, siempre que la gravedad de esta no dificulte su realización.
- Se recomienda proporcionar también información sobre los beneficios de una nutrición equilibrada y el mantenimiento de un patrón de sueño adecuado.
- En la evaluación del niño o adolescente con depresión mayor se debería tener en cuenta el contexto familiar y social. También se debería valorar la calidad de las relaciones interpersonales del paciente, tanto con sus familiares como con sus amigos e iguales.
- Se recomienda preguntar siempre al paciente y a sus familiares sobre consumo de alcohol y de otras drogas, y sobre la existencia de antecedentes de acoso escolar, abusos o conductas autolesivas.

### **El suicidio en la infancia y en la adolescencia.**

- Los profesionales de atención primaria deberían tener una adecuada formación sobre los principales factores de riesgo de conducta e ideación suicida en niños y adolescentes y de la evaluación de su perfil de riesgo.
- En pacientes con depresión y/o perfil de riesgo de suicidio se debería preguntar siempre sobre ideas o planes de suicidio, y recoger en la historia clínica todos los aspectos relacionados con el método, la planificación y la intencionalidad.
- Se darán pautas a los padres o cuidadores, sobre el acompañamiento y el control del acceso directo a la medicación por parte de los niños y adolescentes.
- la información provendrá del propio paciente, y se recomienda utilizar, de ser posible, múltiples fuentes, como los padres o cuidadores, profesores y amigos.
- Si bien los diferentes instrumentos psicométricos existentes, como el Cuestionario de riesgo de Suicidio, la Escala de Desesperanza de Beck o el Inventario de Depresión de Beck, pueden ayudar a valorar el riesgo suicida, no pueden sustituir a la entrevista clínica, ya que por sí solos carecen de valor predictivo.

## 1. Introducción

Durante los últimos años la prevalencia de la depresión a nivel mundial ha aumentado considerablemente, logrando una disminución de su edad de comienzo, por lo que para la Organización Mundial de la Salud (OMS), se ha convertido en un problema de salud pública de gran impacto, que afecta a unos 120 millones de personas, teniendo de estos acceso a tratamientos menos del 25 %. Asimismo, en el transcurso de la vida una (1) de cada cinco (5) personas llegará a desarrollar un trastorno depresivo, simetría que aumentará si aparecen otros factores, como enfermedades médicas o situaciones de estrés. Por este motivo, se estima para el 2020 a la depresión como la segunda causa de discapacidad, después de las enfermedades cardiovasculares.

Ya que, se ha evidenciado la existencia de variedad de estudios sobre prevalencia, diagnóstico y tratamiento de la depresión en la edad adulta, más no en la población infantil, debido a que las expresiones clínicas pueden ser menos específicas que en la depresión del adulto, y también por las diferencias en los estudios respecto del tamaño muestral, criterios diagnósticos empleados o tipo de técnicas de entrevista utilizadas. Se toma la decisión de llevar a cabo la adaptación de una herramienta de ayuda ante la dificultad diagnóstica en esta etapa de la vida. Puesto que, estos trastornos afectan a las personas de cualquier edad, condición, familia, sistema sanitario o cultural.

Conviene señalar entonces que, el propósito de la presente adaptación corresponde a desarrollar una Guía de Práctica Clínica, la cual tenga en cuenta el contexto socio-cultural colombiano. Esto con el fin de promover una atención a los niños y adolescentes, la cual sea oportuna, pertinente y basada en la evidencia, que responda a las necesidades particulares de este país; teniendo en cuenta que el contexto colombiano en que se desarrollan los niños y adolescentes, ha sido marcado por el conflicto armado, violencia intrafamiliar, maltrato físico y psicológico, entre otros factores que limitan su desarrollo.



### 1.1 Prevalencia e incidencia

Las condiciones mencionadas como cuadro de referencia del ambiente colombiano generan en los niños y adolescentes un alto nivel de riesgo, en cuanto a la manifestación de trastornos emocionales, siendo los más comunes la depresión y la ansiedad (Sandín, Valiente y Chorot, 2009). Lo cual, convierte en foco de atención para esta investigación los datos referentes en cuanto a la prevalencia e incidencia de la población afectada con trastorno depresivo.

En lo que respecta a investigaciones acerca del tema de depresión, la Organización Mundial de la Salud –OMS– reportó que está afecto a 350 millones de personas en el 2012, llevando consigo a que cada año más de 800.000 personas tomen la decisión de suicidarse, por lo que se convierte en la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años; mientras que a nivel Latinoamérica, la Organización Panamericana de Salud –OPS– (2012), reporta datos de incidencia y prevalencia, donde testifica que un 5% de la población mundial afectada por la depresión corresponde a Latinoamérica y el Caribe, y además afirma que 6 de cada 10 personas que la padecen no buscan o reciben el tratamiento adecuado (llegando a casi un 65% de los afectados). Sumado a lo anterior, la OPS reporta (2012) que se evidencia que son las mujeres las que padecen más de este trastorno, con datos de entre 20% y 40% de las mujeres entrevistadas (Organización Panamericana de la Salud, 2012). En lo referente a niños y adolescentes, no se han reportado datos a nivel latinoamericano con respecto al porcentaje que padece un trastorno depresivo, considerando que las modalidades evolutivas son distintas dentro de un país a otro.

Posada, Magaña y Gómez (2004) en su investigación, permite evidenciar las cifras de prevalencia en Colombia sobre el trastorno depresivo mayor, mostrando así que 12.1% de los colombianos ha mostrado síntomas o ha sido diagnosticado con un Trastorno Depresivo Mayor; y de la misma forma, la OMS, en la encuesta nacional de Colombia, reveló que el 10% de la muestra presentó episodio depresivo durante el último año, lo que permitió encontrar que dentro de las variables de afectación, el nivel educativo juega un papel bastante relevante en la aparición de un trastorno

depresivo, ya que ante un mayor nivel educativo menor es la probabilidad de aparición de un trastorno depresivo (OMS,2003).

Del mismo modo, en este contexto según la literatura indagada, se encuentra la intervención de dos factores más, como lo son: la heredabilidad y los estratos sociales. Siendo el primero factor, generado por la herencia de familiares en primer grado de consanguinidad, por ejemplo, en cuanto a la depresión mayor se calcula un promedio entre el 31% a 42% de afectación; por otro lado, el segundo factor proveniente de la brecha entre los estratos, es reflejado de manera más representativa en los estratos más bajos, dado que estos poseen una mayor vulnerabilidad frente a la depresión (Gómez, Bohórquez, Pinto, Gil, Rondón y Díaz, 2004).

De igual forma la Encuesta Nacional de Salud Mental de Colombia –ENSM– (2015) reportó que en promedio 1 de cada 20 personas informó haber tenido un episodio depresivo en el año previo, en el mismo año la ENSM menciona que el 29,3 % de la población colombiana de 12 a 17 años ha tenido al menos una experiencia traumática a lo largo de su vida, lo cual genera claramente implicaciones para el desarrollo de quien lo ha vivenciado.

Ahora bien, la depresión, se convierte en un problema de salud pública dados sus altos porcentajes de incidencia y prevalencia, sumado a que es un trastorno que se relaciona con diversas problemáticas, tales como bajo rendimiento escolar, sentimiento de incapacidad de logro, poco entusiasmo y aislamiento (Andrews, Sanderson, Slade y Issadikis, 2000; Ferrel, Vélez, y Ferrel, 2014). En relación con lo anterior, Glick & Yalom, (1999) mencionan que la depresión tiene diferentes implicaciones tanto para el individuo, su familia y la sociedad. Por ejemplo, dentro de las implicaciones que más llama la atención corresponde a las autolesiones y los intentos de suicidio que pueden llevar hasta la muerte.

Visto que, la depresión es una problemática de gran afectación, que se da de manera directa e indirecta, en espacios relacionados con las variables anteriormente nombradas, dichos contextos permiten que se desarrollen adicciones y/o experiencias no deseadas, tales como consumo de sustancias

psicoactivas, abuso de bebidas alcohólicas y experimentación temprana de relaciones sexuales (Shaffer, 2002). En consecuencia, la búsqueda de adaptación al contexto genera en los niños y adolescentes, la toma de una estrategia de afrontamiento como medida compensatoria, lo que para ellos en muchos casos simboliza la solución a sus problemas frente a la sintomatología del trastorno depresivo.

Aunque es una problemática altamente conocida, también se encuentra con bastantes dificultades a la hora de atender dicha situación:

A pesar de la conocida efectividad del tratamiento, menos del 25% de aquellos afectados (en algunos países, menos del 10%) lo reciben. Las barreras incluyen la falta de recursos, la falta de proveedores entrenados, y el estigma social asociado las enfermedades mentales (párrafo 7, OMS, 2012).

## **1.2 Repercusiones de la depresión**

La depresión tiene gran impacto en los niños y adolescentes, sobre su crecimiento y desarrollo personal, sobre el rendimiento escolar y las relaciones familiares e interpersonales. Además, las evidencias indican que existe gran posibilidad de una continuidad del trastorno depresivo a lo largo de la adolescencia y de su prolongación durante la etapa adulta, viéndose esto reflejado en los altos índices de consultas, hospitalizaciones psiquiátricas, en los problemas laborales y de relación en el futuro que origina. Por otra parte, se asocia a los trastornos depresivos con abuso de alcohol y drogas, promiscuidad sexual, conductas delictivas y con aumento de la violencia y de la agresividad, así como de trastornos de la conducta alimentaria, por lo que la depresión en la adolescencia, además del propio coste personal, puede conllevar un grave coste social.

Es por eso que, la OMS (2016) reporta que más de 800.000 personas se suicidan cada año, lo que les lleva a estimar para el 2020 un ascenso del 1.5 millones de víctimas atenta contra su vida; En Colombia cerca del 50 % de los suicidas están intoxicados al morir y 18 % de los alcohólicos muere por suicidio, encontrando que el 50% de los suicidios se lleva a cabo a una edad promedio de 16 a 17 años,

teniendo un 75% fácil acceso al método empleado, llevando esto a que en el 2003, 160 menores de edad murieron por suicidio, siendo el 86% mujeres (Pérez, Rodríguez, Dussán y Ayala, 2007).

Debido a su prevalencia, a su papel como uno de los principales factores de riesgo de suicidio y a su repercusión sobre la estructura familiar y social, la depresión infanto-juvenil se considera de gran importancia no solo para el sistema sanitario, sino también para la sociedad.

## **2. Alcance y objetivos**

El desarrollo de la adaptación de la GPC, tendrá como alcance la identificación e intervención en depresión en niños y adolescentes de Bogotá, en un rango de edad entre los 7 y los 18 años de edad, teniendo como finalidad su detección en esta población y posterior intervención, que les permita tener una mejor calidad de vida y mayor bienestar psicológico.

Son objetivos de esta guía de práctica clínica:

### **Objetivo general**

Adaptar una guía de práctica clínica (GPC) de acuerdo a las necesidades del contexto colombiano, para la intervención sobre depresión en niños y adolescentes de la ciudad de Bogotá.

### **Objetivos específicos**

- Implementar las metodologías más utilizadas en construcción de guías de práctica clínica (GPC) a nivel nacional e internacional.
- Establecer una GPC para la detección y tratamiento con respecto a la depresión en niños y adolescentes.

- Suplir una necesidad institucional de la Universidad Piloto de Colombia con el instrumento, para la atención de niños y adolescentes con criterios de un trastorno depresivo.

### **3. Metodología**

La metodología empleada se recoge en el manual metodológico desarrollado para la elaboración guía de atención integral -GAI- del ministerio de protección social de la República de Colombia.

#### **3.1 Participantes**

La presente guía es el resultado de un proceso de investigación de trabajo en equipo con Estudiantes en formación de la facultad de Psicología de la Universidad Piloto de Colombia entre ellos están, Pablo Alexander Orjuela, Jessica Julieth Tuta y Diana Cecilia Medellín, cuya finalidad es la construcción del trabajo de grado, bajo la supervisión de la docente Diana Paola Pulido (Mg) Coordinadora Centro Psicosocial, programa de Psicología, Universidad Piloto de Colombia.

Los distintos participantes en la guía se relacionan en el apartado de autoría y colaboraciones:

- Coordinación: una coordinadora Clínica
- Grupo elaborador: además de una coordinadora, está formado por tres estudiantes en formación en Psicología de la Universidad Piloto de Colombia.
- Colaboradores expertos: son profesionales con conocimiento y experiencia en temas específicos de la guía y aspectos clínicos.
- Grupo revisor: formado por colaboradores expertos en el área clínica y con conocimientos en depresión en niños y adolescentes.

Las funciones de los diferentes participantes se detallan en la tabla 1.

**Tabla 1. Funciones del grupo de trabajo. Creación propia.**

	Coordinadores	Miembros del grupo	Colaboradores expertos	Revisores externos
Elaboración en las preguntas clínicas	++	+++	---	----
Búsqueda bibliográfica	++	+++	----	---
Recomendaciones	+++	+++	+++	+++
Redacción	+++	+++	---	----
Revisión externa		+++	--	----

Tanto los coordinadores, como los miembros de los grupos elaborador y revisor de la guía declararon los posibles conflictos de interés (Anexo 1).

Teniendo en cuenta la conformación del grupo de trabajo se puntualizó que no se encuentra ningún tipo de conflicto de intereses entre los miembros participantes, identificándose que todos están de acuerdo con el propósito de adaptación de una Guía de Práctica Clínica para detección e intervención de la depresión en niños y adolescentes, y que no existe ningún tipo de conflicto a nivel económico y/o social respecto al tema. Las posibles necesidades de formación del grupo elaborador se cubrieron con asesoría metodológica dictada por GAI, así como la asesoría por parte de la docente Diana Paola Pulido Castelblanco.

### **3.2. Protocolo Metodológico**

#### **3.2.1. Formulación de las preguntas clínicas.**

El grupo encargado de la construcción de la guía, desarrollo las preguntas clínicas necesarias para abarcar el alcance de la guía. Las preguntas clínicas se realizaron de forma genérica y en el denominado formato, teniendo en cuenta (Diagnóstico), (Pronóstico), (Prevención) y (intervención).

#### **3.2.2. Búsqueda preliminar de información científica y selección de GPC.**

Se realizó una primera búsqueda bibliográfica de los últimos 6 años, con el fin de localizar todas las GPC existentes en las principales bases de datos bibliográficas.

Se procedió a evaluar la calidad metodológica de las GPC previas, mediante el documento GLÍA y DELBI, y se seleccionó la de mayor puntuación. La evaluación de las GPC previas se expone en el documento completo en el anexo del material metodológico.

#### **3.2.3. Procedimiento.**

La adaptación de la Guía (GPC) se da por medio de un consenso grupal, poco después de la búsqueda de información e investigaciones acerca de GPC, teniendo en cuenta que estas debían ser en depresión en niños y adolescentes, para posteriormente lograr su adaptación teniendo en cuenta las problemáticas del contexto social Colombiano y que cumplieran con los parámetros de una GPC.

La búsqueda realizada, permite la identificación de tres guías que servirán como apoyo para la toma decisión.

- Guía clínica para el manejo de la depresión de México. (Heinze Martin G, Camacho Segura, P; 2010)

- Guía clínica para tratamiento de adolescentes de 10 a 14 años con Depresión de Chile. (Ministerio de Salud –MINSAL-. Guía Clínica para el Tratamiento de Adolescentes de 10 a 14 años con Depresión; 2013)
- Depresión mayor en la Infancia y Adolescencia, del Ministerio de Sanidad y Política Social de Cataluña, España. (Ministerio de ciencia e innovación., Ministerio de sanidad y política social., Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social., Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia; 2009).

A las guías mencionadas, se le realizó una evaluación con dos instrumentos la GLÍA y DELBI que fueron tomados de la Guía Metodológica para la elaboración de Guías Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano, donde se pudo encontrar que la guía de Cataluña, España, cuenta con los elementos más relevantes que debe tener una Guía de Práctica Clínica -GPC-, permitiendo identificar las necesidades de la población con depresión y su fácil comprensión, por lo cual se decide tomar la Guía sobre Depresión mayor en la Infancia y Adolescencia, del Ministerio de Sanidad y Política Social de Cataluña, España, para lograr una adaptación de ella, y no crearla desde cero, determinado que la guía que se va adaptar cumple con los puntajes más altos dentro de los parámetros impuestos por las dos herramientas (GLIA y DELBI), luego de ser comparada con otras dos guías .

#### **3.2.4. Localización y selección de estudios.**

En cada apartado de la guía se establecieron a priori los descriptores que se iban a manejar, los criterios de inclusión y exclusión y las estrategias de búsqueda y su extensión.

Cada estrategia de búsqueda bibliográfica sistemática se realizó de manera que permitiese identificar de forma adecuada los estudios y ser fácilmente reproducible. Se fundamentó en los elementos de las preguntas de la revisión y en el diseño de estudio que se consideró más apropiado. En un



documento anexo de material metodológico se detallan las bases de datos y el resto de fuentes de información de búsqueda de la evidencia científica, que, en líneas generales, fueron las siguientes:

Fuentes especializadas en revisiones sistemáticas, como la Proquest, Dialnet, Popsic, Redalyc, Scielo, uelboque.edu.co, uned.es, APA Psycnet y EBSCOhost. Fuentes especializadas en guías de práctica clínica y otros recursos de síntesis, como la base de datos TRIP (Turning Research into Practice) o GuíaSalud. Y, Fuentes generales, como Medline (Pubmed), EMBASE (Elsevier o Ovid), ISI WEB, IBECS (Índice bibliográfico en Ciencias de la Salud) e IME (Índice médico español).

Las fases de la búsqueda bibliográfica fueron las siguientes:

Búsqueda sistemática: se realizó en todas las bases de datos seleccionadas y utilizando los términos identificados previamente. Se establecieron los criterios de inclusión para determinar qué artículos seleccionar.

Búsqueda manual: de la bibliografía incluida en los artículos seleccionados, con el fin de localizar estudios adicionales.

Una vez identificados los artículos relevantes para la revisión, se procedió a su selección y se evaluó si cumplían los criterios de inclusión o exclusión establecidos. Además, se realizó una valoración crítica de los estudios mediante listas de comprobación de la calidad. Todo este proceso lo realizaron dos revisores independientes.

### **3.2.5. Extracción de los datos.**

Se utilizó un formulario específico que facilitó la extracción de forma homogénea toda la información relevante y posteriormente a incluirla en tablas de evidencia. En líneas generales, los componentes del formulario para estudios de eficacia y efectividad fueron los siguientes:

- Fecha de la extracción de los datos e identificación del revisor

- Título, autores, revista y otros detalles del estudio●
- Características de los estudios
- Características de la población
- Diseño y calidad metodológica del estudio

### **3.2.6. Síntesis e interpretación de los resultados.**

La síntesis se realizó de forma descriptiva mediante la elaboración de tablas de evidencia en las que se resumieron las principales características y resultados de cada estudio. La interpretación de los resultados se llevó a cabo discutiendo la fuerza de la evidencia (calidad de los estudios incluidos, magnitud y significación de los efectos observados, consistencia de los efectos en los diferentes ensayos, etc.), la aplicabilidad de los resultados y otra información, aspectos legales y éticos y la práctica habitual en el contexto.

## **4. Definición, diagnóstico clínico y criterios diagnósticos**

### **4.1. Definición**

Según el Diccionario conciso de Psicología (American Psychological Association, 2010), la depresión es definida como una fluctuación en el estado de ánimo, que va desde la desdicha y descontento a un sentimiento extremo de tristeza, pesimismo y desaliento. También, la OMS ha referido que la depresión tiene como respuesta *“la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”*, generando en el individuo dificultades a nivel personal como laboral.

#### 4.2. Diagnóstico clínico de la depresión

El diagnóstico debe realizarse mediante entrevista clínica y no ser derivado únicamente de cuestionarios, este sirve como herramienta para confirmar un diagnóstico. Deberán emplearse técnicas específicas, tanto verbales como no verbales, debido a la existencia de limitaciones cognitivas y de verbalización en este grupo de edad. Así, los niños más pequeños pueden tener dificultades para reconocer algunos síntomas o para comunicar sus ideas y pensamientos, lo que podría impedir un correcto diagnóstico. Para completar la evaluación psicopatológica, es imprescindible la información aportada por los padres y por el entorno escolar.

En general, la depresión infantil tiene un modo de presentación polimorfo y puede enmascarse con los distintos trastornos que aparecen en determinados cuadros psicopatológicos. En estas etapas, la irritabilidad constituye un síntoma característico de la depresión. Las manifestaciones sintomáticas están marcadas por la edad del niño, y pueden agruparse según su desarrollo evolutivo (tabla 2).

**Tabla 2. Principales síntomas clínicos acompañantes de depresión en población infanto-juvenil**

Menores de 7 años	<p>El síntoma más representativo y frecuente es la ansiedad. Se manifiesta irritabilidad, rabietas frecuentes, llanto inmotivado, quejas a nivel somático (cefaleas, dolores abdominales), pérdida de interés en juegos habituales, cansancio excesivo o aumento de actividad motora y abulia. También una dificultad para alcanzar peso respecto a la edad cronológica, retraso psicomotor o desarrollo de habilidades afectivas</p> <p>En niños pequeños se asocia con trastornos de ansiedad, fobias sociales y trastornos de eliminación (encopresis, enuresis).</p>
Niños de 7	Los síntomas se presentan esencialmente en tres esferas:

años a Pubertad	<p><b>Afectiva/ Conductual:</b> Irritabilidad, agresividad, agitación o inhibición psicomotriz, astenia, apatía, tristeza y sensaciones frecuentes de aburrimiento, culpabilidad y en ocasiones ideas recurrentes de la muerte.</p>
	<p><b>Cognitiva/Actividad Escolar:</b> Baja autoestima, falta de concentración, disminución en el rendimiento escolar, fobia escolar, trastornos de la conducta en la escuela y las relaciones con sus iguales.</p>
	<p><b>Somática:</b> Cefaleas, dolores abdominales, trastorno del sueño (insomnia, hipersomnia), no alcanzar el peso ideal de la edad cronológica y disminución o aumento del apetito.</p>
Adolescentes	<p>Los síntomas se asemejan a los de la edad puberal, además de esto aparecen más conductas negativistas y disociales, abuso de alcohol y sustancias, irritabilidad, inquietud, mal humor y agresividad, hurtos, deseos e intentos de fugas, sentimientos de no ser aceptado, falta de colaboración con la familia, aislamiento, descuido de aseo personal y autocuidado, hipersensibilidad con retraimiento social, tristeza, anhedonia, cogniciones típicas (autorreproches, autoimagen deteriorada y disminución de la autoestima). En ocasiones pensamientos relativos al suicidio.</p> <p>Es frecuente que se presente a la par o se asocie a trastornos disociales, déficit de atención, ansiedad, abuso de sustancias y de la conducta alimentaria</p>

---

Los trastornos depresivos entre los adolescentes tienen a menudo un curso crónico y con altibajos, y existe un riesgo entre dos y cuatro veces superior de persistir la depresión en la edad adulta 48, 49. Más

del 70% de los niños y adolescentes con trastornos depresivos no han sido diagnosticados correctamente ni reciben el tratamiento adecuado. Las posibles razones podrían ser varias:

- Distintas manifestaciones clínicas de la depresión en niños que en adultos o presentaciones atípicas.
- Mayor dificultad de los niños y adolescentes para identificar como depresión lo que les ocurre.
- No creencia entre los padres o familiares de la existencia de depresión en estas edades, no querer reconocerla por el estigma que produce o creer que podría deberse a un fracaso como educadores, aunque no sea cierto.
- Falta de formación o entrenamiento adecuado en la evaluación de niños y adolescentes con problemas mentales por parte de los profesionales sanitarios.

### **4.3 Criterios diagnósticos**

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados a nivel mundial, son la Clasificación Internacional de Enfermedades (*Trastornos mentales y del comportamiento*, CIE-10) y la de la *American Psychiatric Association* (DSM-V). Esta guía de práctica clínica asume la clasificación de depresión recogidas en la décima revisión de la CIE (tabla 3 y 4) y en el DSM-V (tabla 5).

La CIE-10 utiliza una lista de 10 síntomas depresivos (tabla 3) y divide el cuadro depresivo en leve, moderado o grave (con o sin síntomas psicóticos). En cualquiera de estos casos siempre deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar y aumento de la fatigabilidad, cuando la duración del episodio sea de al menos dos semanas. Existe una clasificación multiaxial de los trastornos mentales y del comportamiento para niños y adolescentes, basada en la CIE-1052. Esta clasificación se organiza en seis ejes: los cinco primeros son categorías que aparecen en la CIE-10, aunque estructurados de forma diferente y en ocasiones se describen con más detalle. El sexto eje evalúa de forma global la discapacidad y no está incluido en la CIE-10. Sin embargo, su inclusión en esta clasificación se debe a que la evaluación de la discapacidad ha sido reconocida por la OMS como fundamental.

**Tabla 3. Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según la CIE-10**


---

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
C. Síndrome somático: comúnmente se considera que los síntomas “somáticos” tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endogenomorfos
— Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras
— Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta
— Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual
— Empeoramiento matutino del humor depresivo
— Presencia de enlentecimiento motor o agitación
— Pérdida marcada del apetito
— Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes
— Notable disminución del interés sexual

---

**Fuente:** Recuperada de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia.

En la tabla 3 se ejecutan ciertos comentarios específicos para los niños y adolescentes sobre los criterios de gravedad de un episodio depresivo, según la clasificación de la CIE-10, con información extraída de la bibliografía.

**Tabla 4. Criterios de gravedad de un episodio depresivo según la CIE-10. Presentación sintomática según la edad.**

A. Criterios generales para episodio depresivo	
<ul style="list-style-type: none"> <li>●El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.</li> <li>●El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.</li> </ul>	
B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:	
Adultos	Niños y Adolescentes
Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.	El estado de ánimo puede ser deprimido o irritable. Los niños pequeños o con desarrollo lingüístico o cognitivo inmaduro pueden no ser capaces de describir su estado de ánimo y presentar quejas físicas vagas, expresión facial triste o pobre comunicación visual. El estado irritable puede mostrarse como “paso al acto”, comportamiento imprudente o atolondrado o actitudes o acciones coléricas u hostiles. En adolescentes mayores el trastorno de ánimo puede ser similar a los adultos.
Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que	La pérdida de interés puede ser en el juego o en las actividades escolares.

---

anteriormente eran placenteras.

Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

La falta de juego con los compañeros, el rechazo del colegio o frecuentes ausencias al mismo pueden ser síntomas de fatiga.

C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:

Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.

Similar a los adultos.

Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.

Los niños pueden presentar auto-desvalorización. La culpa excesiva o inapropiada no suele estar presente.

Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.

Indicios no verbales de conducta suicida, incluidos comportamientos de riesgo reiterados, en ocasiones a modo de juego y “gestos” autolesivos (arañazos, cortes, quemaduras, etc.).

Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.

Los problemas con la atención y concentración pueden mostrarse como problemas de conducta o escaso rendimiento escolar.

Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.

Junto al cambio en el estado de ánimo puede observarse comportamiento

---



---

	hiperactivo.
Alteraciones del sueño de cualquier tipo.	Similar a los adultos.
Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.	Los niños pueden dejar de ganar peso más que perderlo.
D. Puede haber o no síndrome somático*	Los síntomas físicos, como las quejas somáticas, son particularmente frecuentes en niños.

***Episodio depresivo leve:*** están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.

***Episodio depresivo moderado:*** están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

***Episodio depresivo grave:*** deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales

---

---

como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

---

**Tabla tomada de: Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia.**

**\* Síndrome somático: ver tabla 3**

Para el 2015, la editorial manual moderno toma la decisión de dar a conocer la nueva guía para el diagnóstico clínico (DSM-V), en la que se realizan cambios con respecto a la clasificación de los trastornos depresivos, por tal motivo se elabora un resumen para su contextualización (tabla 4) .

**Tabla 5. Clasificación de los trastornos depresivos, según el DSM V.**

<b>Trastornos depresivos</b>	<b>Criterios</b>
Trastorno depresivo mayor.	<p>Suele iniciar entre los 25 y los 29 años, pero puede presentarse en cualquier momento de la vida, desde la niñez hasta la tercera edad.</p> <p>Estas personas no han cursado con episodios maníacos o hipomaníacos, pero han padecido uno o más episodios depresivos mayores. El trastorno depresivo mayor puede ser recurrente o un episodio único.</p> <p>F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2x)</p>

---

---

	F33.x Trastorno depresivo mayor, recidivante
	(296.3x)
Trastorno depresivo persistente (distimia).	Puede iniciar a cualquier edad, pero es rara su aparición tardía.
F34.1 [300.4]	<p>No existen fases de exaltación, y dura mucho más que el trastorno depresivo mayor típico. Esta variedad de depresión no suele tener gravedad suficiente para considerarse un episodio de depresión mayor (no obstante, ahora se incluye bajo este rubro a la depresión mayor crónica.</p> <p>Por periodos de varios años, manifiestan muchos de los mismos síntomas que se identifican en los episodios depresivos mayores, como abatimiento del estado de ánimo, fatiga, desesperanza, dificultad para concentrarse, problemas con el apetito y el sueño.</p>
Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.	<p>Inicio antes de los 10 años (El diagnóstico sólo puede establecerse entre los 6 y 17 años).</p> <p>Durante al menos un año, varias veces por semana, con una provocación ligera el niño desarrolla berrinches intensos –gritar o atacar a alguien (o algo)–</p>
F34.8 [296.99]	

---

---

que resultan inapropiados según la edad y el estado de desarrollo del paciente. Entre estos estallidos, el niño parece sobre todo iracundo, malhumorado o triste. Los ataques y los estados de ánimo entreverados ocurren en situaciones diversas (hogar, escuela, con amigos). Estos pacientes carecen de episodios maníacos.

El estado de ánimo de un niño se mantiene negativo: deprimido, iracundo o irritable, entre explosiones temperamentales frecuentes e intensas.

Trastorno disfórico  
premenstrual.

Inicia con frecuencia durante la adolescencia.

Durante los años reproductivos.

N94.3 [625.4]

Algunos días antes de la menstruación, una mujer experimenta síntomas de depresión, ansiedad, ira u otras expresiones de disforia.

Estas mujeres refieren grados diversos del estado de ánimo disfórico, fatiga y síntomas físicos, que incluyen hipersensibilidad mamaria, ganancia ponderal y distensión abdominal. Su diferenciación del episodio depresivo mayor y la distimia depende principalmente del momento en que ocurren y la duración.

Trastorno depresivo  
debido a otra afección médica.

Distintas condiciones médicas y neurológicas pueden causar síntomas depresivos; no necesitan cubrir

---

---

	los criterios para alguno de los trastornos mencionados.
Trastorno depresivo inducido por sustancia/medicamento.	El alcohol y otras sustancias (intoxicación o abstinencia) pueden inducir síntomas depresivos; no necesitan cubrir los criterios para alguno de los trastornos mencionados.

Otro trastorno depresivo especificado o no especificado.

Utilice una de estas categorías cuando un paciente muestre síntomas depresivos que no cumplen los criterios para los diagnósticos depresivos previos o algún otro diagnóstico del que la depresión sea un componente.

Otro trastorno depresivo especificado F32.8 [311]	<p>●<i>Depresión breve recurrente.</i> Cada mes durante 12 meses o más, con duración de 2 a 13 días por periodo, estos pacientes presentan abatimiento del estado de ánimo, además de al menos cuatro síntomas distintos de depresión que no se relacionan con la menstruación. Los pacientes nunca han cubierto los criterios para algún otro trastorno del estado de ánimo y no han mostrado psicosis.</p> <p>●<i>Episodio depresivo de corta duración.</i> Estos pacientes cubrirían los criterios para el episodio</p>
---	--

---

---

depresivo mayor excepto por la duración: sus episodios perduran entre 4 y 13 días. Aquí está toda la historia: estado de ánimo depresivo; por lo menos cuatro síntomas depresivos mayores adicionales; tensión o disfunción con relevancia clínica; nunca han cubierto los criterios para otros trastornos del estado de ánimo; no presentan psicosis en la actualidad; y no cubren los criterios para otras condiciones.

● *Episodio depresivo con síntomas insuficientes.*

Estos pacientes cubrirían los criterios (duración, tensión) para una depresión mayor, excepto porque tienen muy pocos síntomas. No presentan otro trastorno psicótico o del estado de ánimo.

Trastorno depresivo no especificado

F32.9 [311]

Esta categoría se aplica a presentaciones en que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos.

---

---

La categoría del trastorno depresivo no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno depresivo específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (por ej., en servicios de urgencias).

---

**Fuente: Adaptado del DSM-V**

#### **4.3.1 Comorbilidad.**

Entre el 40 y el 90% de los adolescentes deprimidos padecen un trastorno comórbido, y al menos el 20-50% tienen dos o más diagnósticos comórbidos. Revisiones hechas de estudios epidemiológicos (Angold, A., Costello, E.J., Erkanli A., 1999) destacan la presencia de los trastornos de conducta y los trastornos de ansiedad como los más frecuentemente asociados, seguidos del abuso de sustancias. Posiblemente estos trastornos comparten con el cuadro depresivo factores de riesgo, como factores genéticos o psicosociales, pudiendo el uno ser causa del otro o bien parte de un cuadro común.

La comorbilidad tiene una alta trascendencia en cuanto al pronóstico clínico (peor respuesta a los tratamientos, mayor persistencia sintomática, mayor tendencia a la cronicidad y mayor riesgo de mortalidad) y un alto coste social (disminución del rendimiento laboral y mayor uso de recursos). No obstante, se debe tener en cuenta que el análisis de la comorbilidad de los trastornos afectivos con otros trastornos mentales es complejo y controvertido, no sólo por su alta frecuencia sino por la existencia de un solapamiento sintomático, por la escasez de signos y síntomas patognomónicos, la variabilidad de los criterios diagnósticos, las diferencias metodológicas aplicadas así como la escasez de estudios longitudinales y prospectivos

## **5. Factores de riesgo y evaluación de la depresión**

### **5.1 Factores de riesgo**

Un factor de riesgo es todo acontecimiento o contexto que acrecienta las posibilidades de desarrollar una enfermedad o de que suceda un evento desfavorable. Los factores de riesgo no son precisamente los orígenes, sino que se relacionan con el suceso, y, como tienen valor predictivo, pueden utilizarse para la prevención. La depresión en niños y adolescentes es una enfermedad complicada que tiene variados factores de riesgo, que en momentos interactúan entre sí y pueden tener una consecuencia acumulativa. Es imposible que un único factor pueda exponer el desarrollo de la depresión, reducir la posibilidad de ocurrencia o que su control sea competente para prevenir la depresión.

Dentro de los factores de riesgo más relevantes y recurrentes de la depresión, se encuentran las autolesiones y los intentos de suicidio, dado que dichas crisis hoy en día son un factor psicoafectivo que se evidencia frecuentemente en los adolescentes, afectando procesos como: la independencia del niño respecto a sus padres, la obligación hacia las instituciones de poder, la responsabilidad en el manejo de los asuntos personales y/o de tareas asignadas, preparación para el noviazgo, la formación de una identidad personal.

La parte de formación académica de un niño o adolescente que esté pasando por una depresión es un claro reflejo de la crisis y convirtiéndose en un factor de riesgo, dentro de las manifestando se encuentran: un bajo rendimiento académico, cambios en su estado de ánimo, disminución en la asistencia académica, fracaso escolar, disminución en el interés subjetivo, poca motivación, pérdida de la atención o concentración y en general dificultades cognitivas que no le permiten responder adecuadamente a las actividades o tareas diarias, lo que genera un aislamiento social, por la presencia de tristeza, pérdida de interés, pérdida de placer, falta de autoestima, entre otros aspectos negativos que hacen parte de la sintomatología de la depresión (Shaffer, 2002).



### **5.1.1. Factores familiares y del entorno.**

Los factores familiares y el contexto social podrían jugar un papel importante en el desarrollo de la depresión, primordialmente aquellos que están fuera del control personal, que sobrevienen como un evento no predecible en el contexto diario y que son repetidos a lo largo del tiempo.

**Riesgos familiares.** La depresión en los padres se estima como un factor de riesgo importante, que se relaciona con depresión en su descendencia (heredabilidad). Se ha comprobado que los hijos de padres con depresión presentan una posibilidad entre tres y cuatro veces mayor de desarrollar trastornos del humor y en concreto, la psicopatología materna se aprecia como un predictor de depresión en el niño. Asociando también el alcoholismo familiar a una mayor posibilidad de adquisición de la depresión.

El ambiente familiar en el que vive el niño o el adolescente parece jugar un papel importante en el desarrollo de depresión. Los factores de riesgo más habituales son la presencia de conflictos conyugales o los problemas emocionales entre uno de los padres y el niño. Son también componentes de peligro asociados con la depresión, las diferentes formas de maltrato como el abuso físico, sexual, emocional y la negligencia en la atención, así como los acontecimientos trascendentes negativos, el divorcio o separación conflictivos de los padres, la pérdida de amistades y la muerte de un familiar o amigo.

**Riesgos en relación con el entorno.** La depresión juvenil se relaciona en diversas circunstancias con la presencia de conflictos interpersonales y de rechazo de diferentes individuos de su ambiente social, lo que aumenta los problemas de relación social. De esta manera, los niños y adolescentes con pocos amigos muestran una mayor probabilidad de desarrollar depresión, así como trastornos de conducta y mayor aislamiento social.

En los últimos años se ha hecho presente dentro y fuera de instituciones educativas el acoso escolar y la humillación, lo que ha generado que se tome como un factor de riesgo de la depresión, dado

que los niños y/o adolescentes son tratados desagradablemente, mediante la burla de otros o la exclusión de los grupos sociales.

Otros factores también asociados con un dígito mayor de síntomas depresivos son el vivir en estructuras familiares diferentes de las de los padres biológicos, problemas de salud en los adolescentes, o una mala adaptación a la familia, amigos, escuela, trabajo y pareja. Por tal motivo, deberían considerarse niños y adolescentes con riesgo elevado de presentar trastornos mentales, incluida la depresión, aquellos sin hogar, los internos en centros de acogida (hogares de paso), refugiados, aquellos con antecedentes de delincuencia, especialmente los recluidos en instituciones de seguridad y aquellos que son consumidores de sustancias psicoactivas.

### **5.1.2. Factores individuales.**

**Sexo.** Los trastornos depresivos, antes de la adolescencia son prácticamente iguales en niños y en niñas, pero, esto cambia en la primera mitad de la adolescencia, convirtiéndose dos o tres veces más frecuentes durante esta en el sexo femenino. Las potenciales explicaciones podrían ser los cambios hormonales que se producen, un incremento del estrés y la mala respuesta a este, diferencias en las relaciones interpersonales y tendencia a pensamientos rumiativos.

***Factores de riesgo genéticos y bioquímicos.*** Los trastornos depresivos que se presentan con antecedentes familiares de depresión o de otra enfermedad mental, son de hasta un 20-50% de los niños o adolescentes. Sin embargo, actualmente los estudios manifiestan que los factores genéticos poseen menos importancia en la manifestación de depresión en la niñez que en la adolescencia.

Entre tanto, algunas demostraciones señalan que alteraciones de los sistemas serotoninérgico y corticosuprarrenal podrían estar implicadas en la biología de la depresión de los niños y adolescentes. Así se han visto alteraciones de la función serotoninérgica en niños con antecedentes familiares de depresión. Por otra parte, niveles incrementados de cortisol y de dehidroepiandrosterona pronostican el inicio de la

depresión en subgrupos de adolescentes con riesgos psicosociales elevados de presentarla. Además al parecer se encuentran alteraciones de los niveles de hormona del crecimiento, prolactina y cortisol en jóvenes con riesgo de depresión.

***Factores psicológicos.*** Dentro de este factor, posee gran influencia la afectividad negativa, la cual implica una mayor reacción frente a los estímulos negativos, y se relaciona a una mayor posibilidad de trastornos emocionales, sobre todo en niñas. De ahí que, este haga referencia a la preferencia que se tiene por experimentar estados emocionales negativos, los cuales se acompañan de características conductuales (por ej., inhibición, retraimiento social) y cognitivas (por ej., dificultades de concentración).

Aquellos niños y adolescentes, con mayor probabilidad de sufrir depresión son los que han presenciado: eventos vitales estresantes, características cognitivas asociadas a la efectividad negativa (como por ej., sentimientos de abandono o pérdida), baja autoestima, alguna discapacidad física o de aprendizaje, déficit de atención, hiperactividad o alteraciones de conducta.

## **5.2 Evaluación**

La evaluación de la depresión en la infancia y adolescencia, aunque comparte los objetivos de cualquier evaluación en salud mental, tiene algunas características especiales. Es importante tener en cuenta que los síntomas depresivos se expresan en los niños de forma diferente que en los adultos, en parte debido a la capacidad limitada de reconocer y comunicar emociones y pensamientos negativos, sobre todo en aquellos de menor edad.

Debido a esto, es importante obtener información de diferentes fuentes además del niño. Se debe contar con la información de los padres y de los profesores y orientar la evaluación hacia síntomas que tienen que ver con problemas de conducta (agresividad, rendimiento escolar...) o hacia aspectos como las quejas somáticas y el retraimiento social, aunque los aspectos cognitivos también deben ser cuantificados.

**Tabla 6. Factores de vulnerabilidad, activación y protección de la depresión infanto-juvenil**

---

**Factores de vulnerabilidad (incrementan la predisposición general, pero rara vez provocan directamente la enfermedad):**

- Factores genéticos
- Historia de trastorno afectivo en los padres
- Sexo femenino
- Edad post-puberal
- Antecedentes de síntomas depresivos
- Antecedentes de abuso físico y sexual en la infancia, especialmente en el sexo femenino
- Afectividad negativa
- Pensamientos de tipo rumiativo.

**Factores de activación (directamente implicados en el comienzo de la depresión y en presencia de factores de vulnerabilidad, sus efectos pueden ser mayores. Suelen ser acontecimientos no deseados que dan lugar a cambios permanentes en las relaciones familiares y de amistad):**

- Conflictos conyugales
  - Desestructuración familiar
  - Acoso o humillación
  - Situaciones de abuso físico, emocional o sexual
  - Consumo de tóxicos.
-

---

**Factores de protección (reducen la probabilidad de depresión en presencia de factores de vulnerabilidad o de activación):**

- Buen sentido del humor
  - Buenas relaciones de amistad
  - Relaciones estrechas con uno o más miembros de la familia
  - Logros personales valorados socialmente
  - Nivel de inteligencia normal-alto
  - Práctica de algún deporte o actividad física
  - Participación en clubes escolares/sociales o en voluntariado.
- 

**5.2.1 Métodos de evaluación.**

Para la detección de la depresión existen diferentes herramientas que se han construido para lograr su medición, siendo estas en diversas investigaciones implementadas, por ejemplo se encuentran: el instrumento de la escala de Hamilton para la Depresión y el Inventario de Depresión de Beck - que fue construida para ser utilizada en adultos, pero se logró una adaptación para niños y adolescentes (Peñate, 2014) -; son herramientas que permiten establecer cuantitativamente un rango para poder clarificar si el paciente está pasando por una depresión y en qué grado se encuentra, para posteriormente realizar una intervención (Shaffer, 2002).

Algunos instrumentos de evaluación son más generales y otros más específicos, y algunos presentan versiones reducidas para disminuir el tiempo empleado en su realización e incluso pueden ser empleados en diferentes ámbitos, no solo en el ámbito clínico

***Cuestionarios de depresión.*** Uno de los métodos de evaluación más empleados son los cuestionarios. Son instrumentos cuyo objetivo es realizar un registro de los sentimientos e ideas recientes,

así como hacer un repaso, más o menos exhaustivo, sobre las distintas áreas/dimensiones que pueden estar afectadas: afectiva, conductual y/o fisiológica.

Los cuestionarios de evaluación de la depresión tienen diferentes utilidades: cuantificar la intensidad de la sintomatología, establecimiento de áreas conductuales problemáticas, detección de cambios sintomatológicos (monitorización de síntomas), realizar cribado e incluso, cualificar el tipo de trastorno.

***Instrumentos basados en entrevistas.*** Las entrevistas clínicas varían de acuerdo con el grupo de edad al que van dirigidas, y según su formato pueden ser entrevistas semiestructuradas o estructuradas. Actualmente son muy empleadas, ya que tienen la ventaja de que permiten la homogeneización de los datos

La mayor parte de ellas se fundamentan en alguno de los sistemas diagnósticos y en líneas generales ofrecen al clínico una guía para preguntar y registrar la información obtenida, lo que permite establecer un diagnóstico y estudiar la comorbilidad. Estas entrevistas requieren de entrenamiento para su utilización y deben ser empleadas por especialistas en salud mental.

### **5.2.2. Cribado<sup>3</sup> de la depresión.**

Diferentes estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto un posible infradiagnóstico e infratratamiento de la depresión en un elevado porcentaje de niños y adolescentes. Estudios realizados en EE.UU. muestran que solo el 50% de los adolescentes con depresión se diagnostican antes de llegar a la edad adulta y que dos de cada tres jóvenes con depresión no se detectan en atención primaria.

Es importante plantearse si la realización de un cribado mejoraría los resultados en los niños y adolescentes con depresión y si debería realizarse de una forma amplia (a toda la población general, es

---

<sup>3</sup> Se entiende como cribado el proceso de detección sistemática de una enfermedad de una manera temprana dentro de una comunidad que, de alguna manera ha registrado síntomas comorbidos a esta y cuya detección pueda ser posible dentro de la etapa presintomática, es también conocido como ***screening***.

decir, a todos los pacientes que acuden la consulta) o de una forma limitada (únicamente a aquellos pacientes que presenten factores de riesgo).

En España, el CDI ha demostrado ser un buen instrumento de cribado, y ha demostrado tener un alto poder diferenciador entre niños normales y deprimidos. No obstante, este cuestionario tiene algunas limitaciones, entre las que destaca la ausencia de ítems relacionados con aspectos conductuales y biológicos, puesto que se centra en aspectos cognitivos.

Con relación a quién debe ir dirigido el instrumento de cribado para lograr los mejores resultados, existe un consenso generalizado en que se debe preguntar sobre los síntomas y los problemas actuales de forma independiente, tanto a los niños como a sus padres, combinando ambos grupos de respuesta para lograr una mejor estimación, fundamentalmente, en edades por debajo de los 14 años. Si el instrumento de cribado se dirige únicamente a los padres, se tiende a detectar pocos casos de depresión (falsos negativos), mientras que, si solo se dirige niños o adolescentes, es probable que se detecten casos que no presentan la patología (falsos positivos).

En todo caso, estos instrumentos de cribado servirían únicamente para detectar una posible depresión, y sería necesario realizar posteriormente un diagnóstico mediante la entrevista clínica.

Algunos autores proponen que los médicos de atención primaria deben realizar un cribado a los adolescentes con riesgo elevado de depresión durante las visitas a la consulta, mientras que diferentes organismos como la *U.S. Preventive Services Task Force* o la *Canadian Task Force on Preventive Health Care*, consideran que la evidencia científica actual es insuficiente, tanto para recomendarlo como para no hacerlo. Debido a esta inexistencia de estudios que evalúen la efectividad de los programas de cribado, de forma general, no se recomienda realizar programas de cribado de depresión ni en la población general ni en niños o adolescentes de alto riesgo, aunque sí se recomienda de forma individualizada, realizar una búsqueda activa de la sintomatología depresiva en aquellos pacientes con factores de riesgo.

## **6. Tratamiento de la depresión**

### **6.1. Psicoterapia**

Dentro de los tratamientos que se han podido encontrar para la depresión, están: la terapia cognitiva conductual (TCC), la Terapia de la Activación Conductual (TAC), siendo estas dos las técnicas que mejor han funcionado para combatir la depresión (Jacobson, 2001). En cuanto a la primera, la TCC, tiene como objetivo establecer un aumento en las actividades placenteras, habilidades de resolución de problemas, habilidades sociales y asertividad, técnicas y de regulación emocional, incrementando el refuerzo positivo de las actividades directas o de la mejora de las relaciones interpersonales que pueden ser un resultado secundario de las actividades. De acuerdo con (Beck, 1979; citado por Shaffer, 2002) esta terapia se basa en la premisa de que el pensamiento negativo contribuye al desarrollo y mantenimiento de los síntomas depresivos, este modelo asume que existe un pensamiento automático de naturaleza negativa, así el pensamiento negativo lleva a estados de afecto negativo y a su vez comportamientos de mal adaptación. Ejemplificando lo anterior: a una persona le pueden surgir pensamientos negativos, pensando que su vida es catastrófica, que no vale la pena, haciéndolo sentir malestar emocional, pasando con dichos pensamientos a una fase de afecto negativo, en el cual se evidencia la depresión y luego de esto, comportamientos maladaptativos orientados hacia autolesiones e ideaciones suicidas.

#### **6.1.1. Terapia cognitivo-conductual.**

La terapia cognitiva fue fomentada originalmente por Beck y concretada a finales de los años setenta para ser aplicada en la depresión. La intervención se centra en la transformación de conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados, incorporados a circunstancias concretas y actitudes desadaptativas concernientes con la depresión.



Aunque los modelos cognitivo y conductual de la depresión parten de supuestos diferentes para explicar el origen y mantenimiento del trastorno, se denomina terapia cognitivo-conductual -TCC- a la modalidad de terapia que comparte técnicas cognitivas y emplea de forma sistemática técnicas conductuales. La TCC cuenta con el mayor número de estudios publicados, tanto en adultos como en niños y adolescentes.

La TCC es una herramienta que se basa en el postulado que los pensamientos automáticos negativos y las creencias básicas, las cuales están direccionadas como hipótesis que se pueden evaluar empíricamente, a partir de la observación personal y el autocontrol. Beck propone que es el estado de ánimo depresivo el resultado de una serie de creencias o pensamientos negativos al respecto, considerándose así que los pensamientos son automáticos, osea, que no se controlan y que surgen de una manera esporádica.

Una de las variaciones de la TCC es la Terapia de Activación Conductual propuesta por Jacobson en 1990 y posteriormente validada en 2001 por él mismo, se basa en el componente de activación conductual de la terapia cognitiva, en donde se toman los componentes de generación de conductas que ayudan a combatir la depresión como: el hacer ejercicio o interactuar con otros, y lo lleva a un nivel más amplio y contextualizado de la persona; busca que la persona encuentre conductas que le ayuden a combatir la desactivación conductual que genera la depresión al mismo tiempo de hacer que el contexto funcione de reforzante natural (Jacobson, 2001). De este modo, la terapia ataca no solo el problema de la depresión, sino que ayuda a la persona a salir del abandono y el estigma social que se tiene frente a las enfermedades mentales, indagando un apoyo social de una manera más efectiva y que genere redes de apoyo que sirvan de reforzante en contra de la depresión.

De esta manera, la TCC le puede ayudar a los niños y adolescentes a concebir complicaciones confusas desglosándolas en partes más pequeñas, dado que esta terapia se centra en el presente y es basada en la aceptación. Esto les ayuda a ver cómo estas partes están conectadas entre sí y cómo le

afectan, dejando de lado esa percepción errónea de los sucesos, ya que se busca incrementar la realización de actividades potencialmente gratificantes, junto con la identificación, cuestionamiento y sustitución de pensamientos negativos.

La TCC en niños y adolescentes no difiere ni en la lógica ni en los elementos terapéuticos esenciales de la empleada en adultos, pero como es esperable, los procedimientos terapéuticos se adaptan a la edad del niño. Así, por ejemplo, la psicoeducación acerca del papel de los pensamientos en los estados emocionales puede valerse de recursos como dibujos e ilustraciones. De esta manera, la TCC es una de las herramientas más valiosas frente al tratamiento de la depresión en niños y adolescentes.

Sumando a lo anterior, se han encontrado estudios sobre la efectividad de la TCC en niños, Butler (1980) citado por Shaffer (2002) estudio niños de tercero a sexto grado que tenían niveles elevados de síntomas depresivos en una proyección de grado o escuela, los resultados indicaron que los niños tratados con algún tipo de TCC mostraron una mayor reducción de los síntomas depresivos, en comparación con niños que fueron tratados con placebo u otro tipo de atención.

Como se mencionó anteriormente, es necesario que la TCC sea adaptada al contexto del niño y el adolescente, para esto se hace una serie de recomendaciones o de elementos necesarios considerar para un tratamiento efectivo:

- Se centra en el presente y en el postulado que la depresión surge y está mediada a partir de una percepción errónea de sucesos y un déficit frente a las habilidades de afrontamiento.
- Como elementos bases que se usan son la Activación Conductual (incrementar la realización de actividades que generan placer) y la Reestructuración Cognitiva (identificación, cuestionamiento y sustitución de pensamientos negativos). También son elementos importantes el aprendizaje de competencias conductuales y las habilidades sociales en general.

- Los manuales de tratamiento se estructuran en sesiones de entrenamiento de habilidades y sesiones opcionales sobre problemas específicos. Habitualmente las estrategias de la terapia se basan en la formulación clínica del problema (formulación en la que se pone especial énfasis en los factores asociados al mantenimiento del trastorno) y la sesión terapéutica sigue una agenda de problemas que se deben tratar.
- Es frecuente incluir sesiones con los padres y/o familiares, con la finalidad de revisar los progresos y aumentar la adherencia al tratamiento.

Es importante tener en cuenta que los padres desempeña un papel fundamental en el proceso terapéutico, ya que pueden aportar información adicional importante dentro de la evaluación psicológica el planteamiento de objetivos y la orientación del tratamiento, también pueden ser agentes de cambio facilitando y apoyando tareas que se requieran dentro del proceso.

### **6.1.2 Terapia interpersonal.**

La terapia interpersonal (TIP) fue elaborada por Klerman, con el objetivo de ser aplicada como tratamiento de mantenimiento de la depresión, aunque después se ha visto empleada como un tratamiento independiente y para el tratamiento de otras psicopatologías.

La TIP se concentra en los problemas interpersonales, con el objetivo de beneficiar cambios adaptativos, para que, a su vez, se promueva una mejoría de la sintomatología depresiva. Esta terapia emprende principalmente las relaciones interpersonales e interviene en el contexto social cercano del paciente. Por lo cual, se basa en la responsabilización de que los problemas interpersonales pueden proceder como activadores o exacerbar la depresión.

La TIP conceptualiza la depresión como un conjunto de tres componentes importantes: sintomatología, funcionamiento social y personalidad, por otro lado, es un tratamiento estandarizado para su uso una vez por semana, durante 12 semanas, el cual consta de 12 sesiones individuales a las que se añaden sesiones que incluyen a los padres. Para la realización de esta terapia en adolescentes, se abordan

aspectos claves como: individualización, establecimiento de autonomía, desarrollo de relaciones sentimentales, estrategias de afrontamiento frente a pérdidas interpersonales y manejo de la influencia de los compañeros.

### **6.1.3 Terapia psicodinámica individual.**

La terapia psicodinámica deriva del psicoanálisis, de ahí que se base en la teoría de Freud acerca del funcionamiento psicológico, la cual dice que la naturaleza de los conflictos puede ser en gran medida inconsciente, por lo que el objetivo terapéutico es solucionar estos conflictos. En esta terapia, se realizan de 16 a 30 sesiones de 90 minutos, durante 36 semanas.

La evidencia de este tipo de terapia no es concluyente ya que únicamente se ha encontrado un estudio y con deficiencias metodológicas

### **6.1.4. Terapia familiar.**

La terapia familiar (TF) hace referencia a al núcleo familiar, es decir el foco principal de la intervención. Diferentes autores han mencionado que existe una fuerte evidencia de asociación entre la depresión niño-adolescente y factores como vínculos afectivos débiles, niveles elevados de criticismo, hostilidad familiar o psicopatología parental.

Al referirse a la familia, se establece de acuerdo a la psicología que existen diferentes escuelas dentro del enfoque familiar, a modo general podría dividirse en terapia familiar conductual, psicodinámica y sistémica. Las intervenciones familiares tienen una serie de características comunes:

- Varias fases diferenciadas: evaluativa, psicoeducación, intervención sobre el funcionamiento de varias áreas (cognitiva, afectiva, interpersonal y conductual, según el enfoque de la terapia concreta) y retroalimentación.
- La intervención debe ser aplicada por un profesional cualificado (con experiencia en TF).

- El participante debe asistir acompañado de su familia a la mayoría de las sesiones de la terapia.
- Suele constar de un mínimo de seis sesiones, con una duración de una hora.

#### **6.1.5. Prevención de recaídas.**

Un 30% de los niños y adolescentes con depresión mayor, presentan recurrencia en un periodo de cinco años, muchos de ellos en el primer año tras el episodio y otros padecerán algún episodio en la vida adulta--.

En los ensayos clínicos, también se pone de manifiesto que al final del tratamiento una cantidad considerable de pacientes continúan presentando síntomas. A pesar de esto, la mayoría de los estudios no realizan seguimiento más allá de los nueve meses, y los que lo hicieron (nueve meses-dos años) encontraron que un gran porcentaje de la muestra continuaba presentando síntomas depresivos o recurrencia

El llevar a cabo sesiones de continuación y mantenimiento (recuerdo o booster) y de prolongar los tratamientos con TCC más allá de las 12 semanas podría maximizar la probabilidad de respuesta y minimizar la de recaídas.

### **7. Otras intervenciones terapéuticas.**

#### **7.1 Técnicas de autoayuda**

La técnica de autoayuda, tiene como finalidad brindar a los pacientes conocimientos y habilidades que permitan la superación o el manejo de sus inconvenientes de salud, en donde la participación por parte del terapeuta es mínima. En esta terapia, se incluye material escrito (biblioterapia, folletos informativos), programas informáticos, material grabado en audio/vídeo o páginas web que ayuden a transformar las actitudes y comportamientos, para con ello conseguir la solución o mejoramiento de los problemas.

Mientras que, en la autoayuda guiada se añade orientación mínima por parte de un profesional, el cual es el encargado de monitorizar el progreso, aclarar los procedimientos, responder preguntas generales y prestar apoyo o estímulo en el seguimiento de las recomendaciones de autoayuda.

### **7.1.1 Biblioterapia y utilización de material de autoayuda.**

La biblioterapia en adolescentes con depresión, ayuda en la reducción de los pensamientos disfuncionales, pero no en los pensamientos automáticos.

### **7.1.2 Otras técnicas o intervenciones.**

Dentro de este apartado se encuentran, técnicas o intervenciones como:

- Relajación y técnicas de distracción, las cuales en muchas ocasiones se emplean junto con la Terapia Cognitivo Conductual, demostrando gran eficacia.
- Técnicas complementarias o alternativas, como el masaje, la musicoterapia o la utilización de ciertas dietas o nutrientes. Aunque por lo general, estas técnicas no están plenamente respaldadas por los sistemas sanitarios o no están incluidas en sus carteras de servicios.
- Participación en organizaciones de voluntarios, formación de grupos de apoyo de iguales, redes sociales y soporte familiar.

## **7.2 Ejercicio físico**

El ejercicio físico, promueve que dichas actividades dirigidas fomenten el mantenimiento de una buena salud, aunque este se puede acompañar de una dieta sana y otras formas de vida saludable, como por ejemplo, evitar el tabaco, el alcohol, sustancias psicoactivas y manteniendo un patrón de sueño adecuado. Estos aspectos suelen estar perturbados por el propio trastorno depresivo, por lo que es transcendental incurrir sobre ellos.

En pocas palabras, el ejercicio y la actividad física se asocian con una mayor calidad de vida y con mejores resultados en la salud tanto física como mental. Sin embargo, en niños y adolescentes los estudios son escasos y no siempre concluyentes y además, suelen estar realizados en población general o

### **7.3 Intervenciones familiares, sociales y del entorno**

Con respecto a las intervenciones familiares, se podría dar como suposición que sirven como estrategias preventivas útiles, pero la poca literatura sobre estudios que se encuentra al respecto es a nivel de Estados Unidos, por lo que resulta difícil extrapolar sus resultados al contexto Colombiano.

Los factores sociales y del entorno podrían tener un impacto sobre la salud mental de los niños y jóvenes, incluida la relación con sus grupos de iguales, situación laboral de los padres, cuestiones económicas o del vecindario, acoso por parte de iguales o problemas escolares. Hay estudios que consideran el acoso escolar (bullying) como un factor predisponente y posible causa de la depresión en niños y adolescentes, y que señalan la eficacia de algunas intervenciones escolares contra el acoso. Sin embargo, las evidencias sobre una relación directa entre esos factores y la aparición de depresión son escasas.

## **8. El suicidio en la infancia y en la adolescencia.**

### **8.1 Suicidio: conceptualización**

La OMS define el suicidio como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados” y el parasuicidio, como “un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se auto-lesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico”.

Es evidente, que el suicidio en todo contexto, no solo en el Colombiano se da a consecuencia de factores sociales, demográficos, económicos, ambientales, psicológicos, filosóficos e incluso históricos, los cuales se exteriorizan y congregan tanto en el colectivo de una sociedad como en las expresiones características de cada ser humano, llevando con ello a la realización de actos complejos (Quintanar, 2007).

Para tener claridad con respecto al tema, se realizará la distinción de los siguientes conceptos:

- **Conducta suicida:** conjunto de comportamientos con un desenlace irremediable o no, que incluyen tentativa de suicidio o suicidio.
- **Ideación suicida:** pensamientos inespecíficos que pueden variar, desde ideas como “que la vida no merece la pena”, hasta planes bien estructurados sobre cómo morir o intensas preocupaciones autolesivas.

También se ha propuesto que la conducta suicida podría considerarse un continuum que va desde aspectos cognitivos como la ideación suicida y planificación, hasta los conductuales, como el intento de suicidio o suicidio

Un aspecto clave de la conducta suicida es su intencionalidad, por lo que algunas definiciones que suelen emplearse para concretar el tipo de conducta suicida hacen referencia a la intención de la conducta:

- **Suicidio frustrado:** existiendo una verdadera intencionalidad autolítica, algunas circunstancias no previstas por el sujeto impiden la consumación del suicidio.
- **Conducta autolesivas:** lesiones autoinfligidas que producen un daño corporal manifiesto sin llegar a comprometer la vida del paciente. Este comportamiento autolesivo consiste en infligirse el daño corporal sin intencionalidad suicida.
- **Amenaza de suicidio:** se utiliza para definir aquellas expresiones manifiestas que indican a otros la intención de llevar a cabo un suicidio. Pueden ir acompañadas de acciones para iniciar el suicidio



## 8.2. Epidemiología del suicidio

El suicidio en la adolescencia se ha convertido en un serio problema de salud pública. A pesar de ello, la mayoría de los estudios epidemiológicos no abordan la adolescencia de forma independiente y ocultan las edades en cuanto a los grupos establecidos. Además, en la infancia el suicidio es un hecho excepcional por lo que algunos estudios no contemplan a los menores de 15 años por el escaso número de casos. Según las estimaciones de la OMS, a nivel mundial uno de los datos más preocupantes es el aumento en las tasas de suicidio que se está produciendo entre los jóvenes (15-24 años), que se sitúa como una de las tres causas de muerte más frecuentes en este grupo de edad. La mayoría de los estudios nacionales e internacionales han puesto de manifiesto este incremento en edades jóvenes, sobre todo en varones.

**En Colombia.** El registro de casos de suicidio en el sistema médico legal colombiano para el año 2014 señala una distribución por sexos de 1.544 hombres, un 82% del total de casos, y 333 mujeres 18% de los casos. La distribución por grupos etarios describe los registros más altos en los individuos de 20 a 24 años (277 casos) y de 25 a 29 años (237 casos): 14,76% y 12,63%, respectivamente (235 y 194 hombres). En las mujeres, el mayor registro se encuentra en el grupo de los 15 a 17 años (48 casos), el 2,56% de los 1.878 casos.

**Tabla 7. Cifras nacionales de conducta suicida Bogotá D.C. 2014. Fuente FORENSIS**

CLASIFICACIÓN	HOMBRE	MUJER	TOTAL
<b>Ideación</b>	1.406	2.608	4.014
<b>Amenaza</b>	205	280	485
<b>Intento</b>	1.043	2.203	3.246
<b>Total</b>	2.654	5.091	7.745

En términos de tasas por 100.000 habitantes/año, los registros muestran un comportamiento diferente; los más altos por grupo quinquenal de edad están de 18 a 29 años y 70 a 74 años, con una tasa promedio de 6,37, muy por encima de la tasa general (4,33). La distribución de tasa por sexos presenta una variación diferente: los hombres adultos mayores registran una tasa superior a todas, inclusive a la nacional –12,06 (70 a 74 años) y 12,62 (80 y más años)–, mientras que en las mujeres se encuentra en adolescentes 3,74 (15 a 17 años) y 3,05 (18 a 19 años). La tasa general para los suicidios en Colombia 2014 se encuentra en 4,33, la más alta de los últimos diez años.

**Tabla 8. Suicidios según grupo de edad y sexo de la víctima. Colombia, 2014.**

GRUPO EDAD	HOMBRES			MUJERES			TOTAL		
			Tasa x			Tasa x			Tasa x
	CASOS	%	100.000	CASOS	%	100.000	CASOS	%	100.000
			hab.			hab.			hab.
10-14	31	2,01	1,41	26	7,81	1,24	57	3,04	1,33
15-17	76	4,95	5,68	48	14,41	3,74	124	6,60	4,73
18-19	86	5,57	9,62	26	7,81	3,05	112	5,96	6,41

Fuente: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses/ Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia/ Sistema de Información Red de Desaparecidos y Cadáveres/ Sistema de información Nacional de Estadísticas Indirectas. Tasas calculadas con base en la proyección de poblaciones DANE 2005-2020.

### 8.3 Factores individuales

Depresión:

Se ha asociado frecuentemente a la conducta e ideación suicida. Así, en niñas, la presencia de depresión mayor es el factor de riesgo más importante, seguido del intento de suicidio previo,

mientras que en niños, es el intento de suicidio previo, seguido de depresión, abuso de sustancias y trastornos de conducta.

#### Sexo:

Existen patrones de suicidio en cuanto al sexo, pero no son iguales en todos los países. En general el suicidio es más común en varones, pero las mujeres realizan más intentos de suicidio. En Colombia, la distribución de tasa por sexos presenta una variación diferente: los hombres adultos mayores registran una tasa superior a todas, inclusive a la nacional –12,06 (70 a 74 años) y 12,62 (80 y más años) –, mientras que en las mujeres se encuentra en adolescentes 3,74 (15 a 17 años) y 3,05 (18 a 19 años),

#### Red social:

Se ha encontrado asociación entre las relaciones pobres o deficitarias con el grupo de iguales y la ideación suicida; también se ha encontrado asociación entre problemas en la relación con los iguales e intentos de suicidio, pero no con los grados de apoyo del grupo de iguales. También se ha visto que la presencia de dificultades sentimentales es un factor de riesgo en mujeres adolescentes, sobre todo en las de menor edad.

#### Edad:

Antes de la pubertad, tanto el suicidio como la tentativa son excepcionales, posiblemente debido a la inmadurez cognitiva que dificulta la ideación del plan y su ejecución y a que algunos niños pueden no apreciar el suicidio como un hecho irreversible. Sin embargo, aumentan en la adolescencia asociados a la presencia de comorbilidad especialmente trastornos del estado de ánimo y abuso de tóxicos.

## **8.4 Factores psicológicos**

Algunas variables como la rigidez cognitiva, el déficit de habilidades de resolución de problemas y estar más centrado en el presente que orientado al futuro, se han relacionado con intento de suicidio.

En una revisión sistemática se encontró que los adolescentes con conducta suicida previa en comparación con controles sanos o pacientes psiquiátricos, presentan un mayor déficit de habilidades de resolución de problemas, aunque estas diferencias desaparecen al controlar variables como la depresión y la desesperanza.

La desesperanza es también un factor de riesgo relacionado tradicionalmente con la conducta suicida y se emplea frecuentemente en la práctica clínica por su utilidad y fácil detección. Sin embargo algunos autores han propuesto que la desesperanza de por sí, sin existencia de depresión, no predice una tentativa.

## **9. Aspectos legales en Colombia**

### **9.1. Consentimiento informado y Ley 1090/2006**

La ley 1090 de 2006, es la ley que establece los deberes y derechos del Psicólogo en su profesión y su labor con el paciente, desde ese punto las actividades que se desarrollen con el paciente deben cumplir completa confidencialidad en el proceso, brindar un bienestar a la persona que accede a la atención psicológica y que los acuerdos que se establezcan lleguen a su cumplimiento, es importante reconocer que todas las acciones que se den en el ámbito laboral del psicólogo y sus condiciones son inspeccionados por el Tribunal Nacional Deontológico,

Esta ley en el artículo 2º numeral 5, señala que es un deber de todo psicólogo hacer claridad en cuanto a los límites de la confidencialidad, lo cual debe quedar expreso en el consentimiento informado,

según lo sugiere la Doctrina No. 2 Revisada sobre el Secreto Profesional del Tribunal Nacional Deontológico y Bioético de Psicología

**9.1.1. ¿Con el consentimiento informado de solo uno de los padres se pueden realizar evaluaciones o intervenciones psicológicas a un menor de edad?**

Teniendo en cuenta el código civil señala que la representación legal de los menores les corresponde a los dos padres, pero si uno de los padre del niño tiene un interés negativo en la causa, o no quiere dar su consentimiento o no se conoce su paradero, el psicólogo que atiende al menor debe recurrir a la defensoría de familia, a la comisaría o al juez de familia, poner en su conocimiento el caso para que sea alguna de las anteriores autoridades quien tome la decisión sobre el consentimiento. La madre por sí sola no puede dar este tipo de consentimiento porque también es un derecho del padre y sólo mediante orden judicial se podría desconocer este derecho y siempre en función del interés superior del menor.

**9.1.2. La ley 1090 de 2006.**

En su Artículo 25 establece que la información obtenida por el profesional no puede ser revelada a otros, cuando conlleve peligro o atente contra la integridad y derechos de la persona, su familia o la sociedad, excepto en los siguientes casos:

- a) Cuando dicha evaluación o intervención ha sido solicitada por autoridad competente, entes judiciales, profesionales de la enseñanza, padres, empleadores, o cualquier otro solicitante diferente del sujeto evaluado. Este último, sus padres o tutores tendrán derecho a ser informados del hecho de la evaluación o intervención y del destinatario del informe psicológico consiguiente.
- b) Cuando las autoridades legales lo soliciten, sólo en aquellos casos previstos por la ley, la información que se suministre será estrictamente la necesaria;
- c) Cuando el cliente se encuentre en incapacidad física o mental demostrada que le imposibilite para recibir sus resultados o dar su consentimiento informado.

## 10. Estrategias diagnósticas y terapéuticas

Se presenta un flujograma de manejo de la depresión desde su detección hasta la dada de alta.

### FLUJOGRAMA DE MANEJO DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE CON DEPRESIÓN

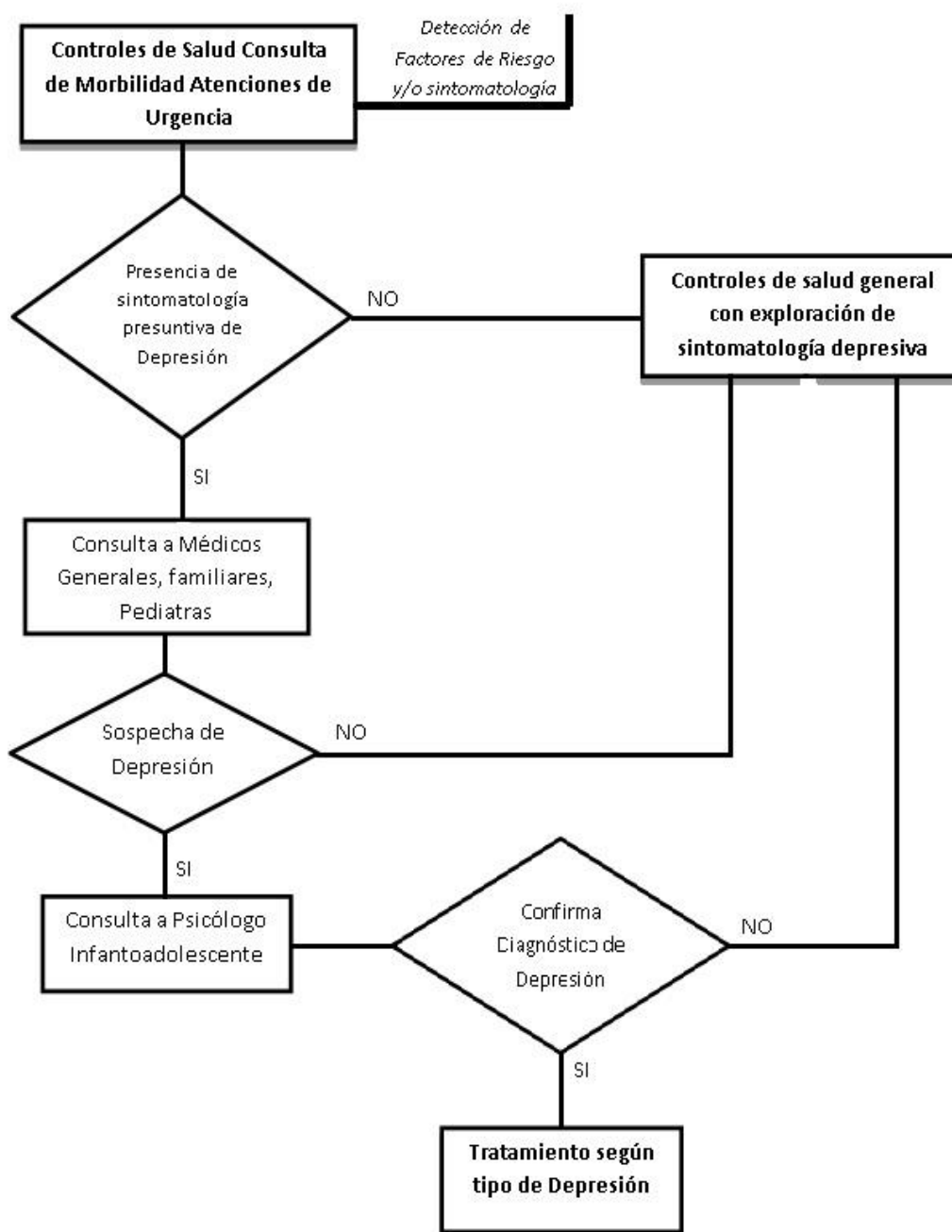


Figura 1. Flujo grama de detección de depresión

## Flujogramas de Manejo de Niños y Adolescentes con Depresión

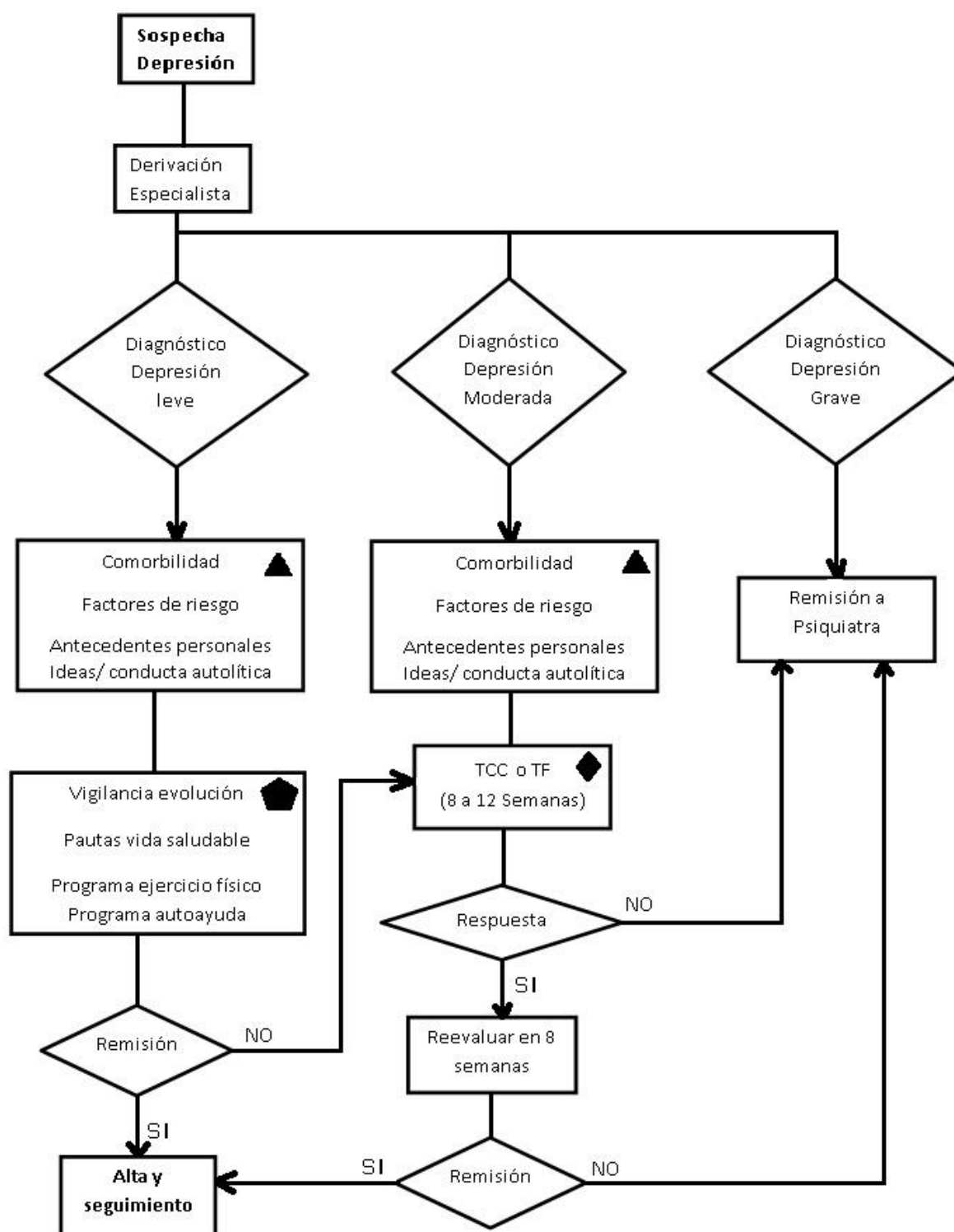


Figura 2. Flujograma de tratamiento de depresión

▲ Comorbilidad	Factores de riesgo y antecedentes personales
ansiedad  – Ansiedad de separación – Otros trastornos de – TDAH – Distimia – Abuso de tóxicos – Trastornos de conducta – Fobia social	– Factores genéticos, antecedentes familiares – Enfermedad mental de los padres – Sexo femenino y edad post-puberal – Antecedentes de síntomas depresivos – Antecedentes o situación de abuso físico emocional o sexual – Afectividad negativa – Pensamientos de tipo rumiativo – Conflictos conyugales parentales – Desestructuración familiar – Acoso o humillación en medio escolar – Consumo de tóxicos

### Ideación/conducta autolítica

- Preguntar siempre sobre posible ideación o conducta autolítica pasada y actual.
- En su caso, recoger en la historia clínica todos los aspectos relacionados con el método, planificación e intencionalidad, presencia de sentimiento de desesperanza y gravedad médica del intento.



- Ofrecer apoyo activo al niño/adolescente y a sus familias.
- Informar sobre los beneficios de una nutrición equilibrada, mantenimiento de un patrón de sueño adecuado y sobre la realización de ejercicio físico de forma regular.
- Otras intervenciones de autoayuda.





### **Tratamiento psicológico**

Realizado por profesionales formados.

- Número de sesiones y duración del tratamiento adecuado: 8 a 12 semanas (sesiones semanales).
- Realización de un seguimiento regular de la evolución clínica del niño o adolescente.
- En niños menores de 12 años se recomienda la TCC o TF, y en mayores de 12 años la TCC, TF o TIP.

## **11. Difusión e implementación.**

Formatos de la guía, difusión e implementación

La GPC consta de una versión completa, en donde las estrategias de difusión e implementación serían las siguientes:

- Presentación oficial de la guía por parte del grupo adaptador ante las autoridades pertinentes de la Universidad Piloto de Colombia.
- Invitación a la RED ISUAP para que conozca la guía de práctica clínica por medio de una versión resumida vía correo electrónico, ya que esta red está conformada por las instituciones de Servicios Universitarios de Atención Psicológica pertenecientes a Facultades de psicología, quienes integran sus esfuerzos para unificar criterios con respecto a la calidad en la prestación del servicio a sus usuarios, la formación profesional de los estudiantes y el fortalecimiento de la investigación.
- Tramitar el ISSN de la Guía de Práctica Clínica Sobre la Depresión en Niños y Adolescentes.
- Realizar publicaciones de promoción de la guía a través de las redes sociales (por ej.: facebook, twitter.) y la página de la Universidad Piloto de Colombia.
- Dar a conocer a la secretaría de salud y protección social la Guía de práctica clínica.

- Implementar la Guía de Práctica Clínica Sobre la Depresión en Niños y Adolescentes, en los pacientes del centro psicosocial de la Universidad Piloto de Colombia.

## **12. Recomendaciones de investigación futura.**

Los trastornos depresivos poco han sido estudiados en niños y adolescentes, por tal motivo en el proceso de elaboración de la guía se han encontrado vacíos de conocimientos para las que se necesitan futuros estudios.

Recomendaciones generales:

- Realizar estudios epidemiológicos que permitan conocer de forma precisa la prevalencia en nuestro entorno de la depresión mayor en estos grupos de edad.
- Realizar estudios para determinar en qué grado están implementados en la práctica clínica los que deberían ser “cuidados estándar” en el niño y adolescente.

Etiopatogenia

- Identificar con mayor precisión los procesos de vulnerabilidad y protección de la depresión, incluidos la historia familiar, ambiente y apoyos familiares, así como acontecimientos vitales estresantes.
- Fomentar la realización de estudios en el campo de la genética molecular, cara a aumentar el conocimiento sobre la contribución genética en los trastornos depresivos de niños y adolescentes.
- Realizar estudios a fin de especificar rasgos temperamentales y características de personalidad en niños y adolescentes con un trastorno depresivo.

Diagnóstico y evolución

- Desarrollar cuestionarios válidos, fiables y específicamente desarrollados para evaluar la depresión en niños menores de seis años y perfeccionar instrumentos de evaluación más precisos.
- Realizar estudios de investigación sobre la evolución de los trastornos depresivos en los niños y adolescentes que permitan precisar las interconexiones entre la depresión en la infancia y el desarrollo de trastornos en la vida adulta.
- Desarrollar programas formativos para que los profesionales sanitarios (atención primaria) puedan detectar la presencia de un trastorno depresivo y así realizar las intervenciones o derivaciones necesarias.

#### Cribado

- Estudiar si la introducción de programas de cribado de depresión mayor en niños y adolescentes considerados grupos de riesgo facilitaría un diagnóstico precoz de la enfermedad y unos mejores resultados a largo plazo.

#### Suicidio

- Estudiar el posible efecto de los medios de comunicación e Internet sobre la conducta suicida de niños y adolescentes.
- Indagar la potencial consecuencia de la realización de maltrato escolar sobre la conducta suicida de niños y adolescentes.

#### Psicoterapia

- Estudiar el impacto económico y sobre resultados en salud de la introducción de actividades formativas psicoterapéuticas para el manejo de la depresión leve, en atención primaria.

- Evaluar la eficacia de los distintos tipos de psicoterapia, en comparación con otras opciones terapéuticas, a medio y a largo plazo, mediante la realización de estudios comparativos en pacientes con diferentes grados de gravedad de la enfermedad.
- Identificar cuáles son las claves o componentes más efectivos de las terapias psicológicas.
- Evaluar si hay perfiles de síntomas depresivos o características clínicas que sean predictivos de la respuesta a distintas modalidades de psicoterapia.
- Realizar estudios que permitan determinar cuál es la duración más apropiada del tratamiento psicoterapéutico.
- Necesidad de investigaciones sobre el tratamiento conjunto de padres y jóvenes con trastornos depresivos.

#### Recaídas

- Estudiar las características de los pacientes con riesgo elevado de recaídas y realizar estudios para determinar con precisión el tiempo óptimo de duración del tratamiento para evitarlas.

#### Autoayuda

- Desarrollar materiales adaptados a niños y adolescentes para programas de autoayuda y probar su eficacia con estudios controlados.

#### Grupos de apoyo

- Determinar el papel del soporte familiar y social en niños y adolescentes con depresión.

#### Ejercicio

- Ensayos clínicos que, diferenciando los subgrupos de depresión leve, moderada y grave, comparen los efectos de las diferentes formas de ejercicio físico y clarifiquen la dosis e intensidad apropiada de este.

## Referencias

- Abbott, Max; World Federation for Mental Health. (2012). *DEPRESION: UNA CRISIS GLOBAL. DIA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL 2012*. Nueva Zelanda.
- Angold A, Costello EJ, Erkanli A. Comorbidity. (1999). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 40(1),57-87.
- Almonte, C., Montt, M. E., & Correa, A. (2003). *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia*. Santiago, Chile : Mediterraneo.
- American Psychological Association. (2010). *APA Diccionario conciso de Psicología*. México: Editorial Manual Moderno.
- APA . (s.f.).
- Beck, A.T. (1963). Thinking and Depression: I. Idiosyncratic Content and Cognitive Distortions. *Archives of General Psychiatry* 9(4),324-333
- Carrasquilla Gutiérrez, G., Bossert, T., Quintero Espinosa, J., Mieth Alviar, K., Guerrero Carvajal, R., Sánchez Pedraza, R., . . . Hsiao, W. (Mayo de 2010). Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano. *Guía Metodológica para la elaboración de Guías Atención Integral en el Sistema General de Seguridad*. Bogotá, Cundinamarca, Colombia.
- Castro Camacho, L., Escobar, J. M., Sáenz, M., Delgado Barrera, C., Aparicio Turbay, L., Molano, S., & Noguera, J. C. (2012). Salud mental en el hospital general: resultados del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ) en el servicio de atención. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41, 61-85.
- Colpsic (Agosto de 2016). *Colegio Colombiano de Psicología* <http://www.colpsic.org.co/>

- Ferrel Ortega, F. R., Vélez Mendoza, J., & Ferrel Ballestas, L. F. (2014). Factores psicológicos en adolescentes escolarizados con bajo rendimiento académico, depresión y autoestima. *Revista Encuentros Universidad Autónoma del Caribe*, 12, 35-47.
- Glick, I., & Yalom, I. (1999). *Tratamiento de la Depresión*. Barcelona: Granica
- Gómez-Restrepo C., Bohórquez A., Pinto D., Gil J.F.A., Rondón M., Díaz-Granados N. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16(6):378–86.
- Heinze Martin G, Camacho Segura, P (2010). *Guía clínica para el manejo de la depresión* Institución Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México, DF.
- Hinestrosa, M., Ospina, F., Paredes, M., Guzmán , Y., & Granados, C. (2011). Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. *Revista Salud Pública*, 13(6), 908-920.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses Grupo Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. 2015. FORENSIS 2014 DATOS PARA LA VIDA. Herramienta para la interpretación, intervención y prevención de lesiones de causa externa en Colombia.
- Jacobson, N., Martell, C., Dimidjian, S. (2001). Behavioral Activation Treatment for Depression: Returning to Contextual Roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(3), 255-270
- Kanter, W., Cautilli, J., Busch, A., Baruch, D. (2011). Toward a Comprehensive Functional Analysis of Depressive Behavior: Five Environmental Factors and a Possible Sixth and Seventh. *The International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(1), 5-14.
- Kaplar, T. (2009). *Emergency Department Children and adolescents* . the Royal College of Psychiatrists.

Ministerio de Salud –MINSAL-. *Guía Clínica para el Tratamiento de Adolescentes de 10 a 14 años con Depresión*., (Junio de 2013) Secretaria de salud pública división de prevención y control de enfermedades secretaria técnica AUGÉ de Santiago, Chile.

Ministerio de ciencia e innovación., Ministerio de sanidad y política social., Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social., Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia.(Septiembre de 2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia* de Galicia, España.

Morrison, J. (2015). DSM-5. Guía para el Diagnóstico Clínico. México D.F.: Manual moderno.

OMS. (Abril de 2016). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/es/>

Organización Panamericana de la Salud. (9 de Octubre de 2012). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de

[http://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1047:dia-mundial-salud-mental-depresion-es-trastorno-mental-mas-frecuente-&Itemid=236](http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1047:dia-mundial-salud-mental-depresion-es-trastorno-mental-mas-frecuente-&Itemid=236)

Peñate, W., Bello, R., García, A., Rovella, A., & del Pino-Sedeño, T. (2014, Enero). Características psicométricas del Cuestionario Básico de Depresión en una muestra de adolescentes. *anales de psicología*, 30(1), 143-149.

Pérez-Olmos I, Rodríguez-Sandoval E, Dussán-Buitrago M, Ayala-Aguilera J. Caracterización Psiquiátrica y Social del Intento Suicida Atendido en una Clínica Infantil, 2003-2005. (Spanish). *Revista de Salud Pública* [serial online]. April 2007;9(2):230-240. Available from: MedicLatina, Ipswich, MA. Accessed October 13, 2011.

Posada. J., Aguilar, S., Magaña, C. & Gómez, L. (2004). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del estudio nacional de salud mental. Colombia, 2003, *Revista colombiana de Psiquiatría*, 33 (3), 241-262.

- Quintanar, F. (2007). *Comportamiento Suicida. Perfil psicológico y posibilidades de tratamiento*. México, D.F.: PAX México.
- Sandín, B., Valiente, R. M., & Chorot, P. (2009). RCADS: EVALUACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES/RCADS: Assessment of anxiety and depressive disorder symptoms in children and adolescents. *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(3), 193-206.  
Retrieved from <http://ezproxy.unipiloto.edu.co/docview/1115580597?accountid=50440>
- Shaffer, D. (2002). *The Many Faces of Depression in Children and Adolescents* (Vol. 21). (W. BD, Ed.) Washington, DC: Oldham JM and Riba MB,.
- Thomas Claudet, P., & Méndez de Thomas, Z. (1979). *Psicología del niño y aprendizaje*. San José, Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia.



## ANEXOS

### **Anexo 1. Tabla de conflicto de intereses**

---

#### **Interés económico personal.**

---

Describe: NINGUNO

#### **Interés económico personal de un familiar.**

Describe: NINGUNO

Firma, y

Nombre: Alexander Orjuela Chitiva, Jessica Tuta Roa y Diana Medellín Castro

Fecha: Marzo 30 de 2016

---

#### **Interés económico no personal**

---

Describe: NINGUNO

#### **Interés no económico personal**

Describe: NINGUNO

---

**¿Existe alguna otra circunstancia que pudiera afectar su objetividad o independencia en el proceso o en una reunión, que Afecte la percepción de los demás de su objetividad o independencia?**

---

Describe: NINGUNO

Firma, y

Nombre: Alexander Orjuela Chitiva, Jessica Tuta Roa y Diana Medellín Castro

Fecha: Marzo 30 de 2016

---